



SEPA Lastschrift-Mandat

Mandat-Nr.

Zahlungsart: nur bei laufender Zahlweise möglich

Frau Herr Firma Firmenname, Name, Vorname

Straße, Haus-Nr. PLZ, Ort, Land

Name der Bank

BIC IBAN

Name und Adresse des Zahlungsempfängers:

Liechtenstein Life Assurance AG
Industriering 37
FL-9491 Ruggell

Creditor-ID

LI 80 ZZZ 000000010917

Wichtiger Hinweis

Ich ermächtige die Liechtenstein Life Assurance AG, Zahlungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Liechtenstein Life Assurance AG auf mein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Unterschriften

Ort, Datum

Unterschrift des Beitragszahlers

Unterschrift des Antragstellers/
Versicherungsnehmers