

SEPA Lastschrift-Mandat

Antrags-Nr.

Zahlungsart: nur bei laufender Zahlweise möglich

Name bzw. Firma

Vorname

weibl.

männl.

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Land

IBAN

BIC

Name der Bank

Name und Adresse des Zahlungsempfängers:

Liechtenstein Life Assurance AG
Industriering 37
FL-9491 Ruggell

Creditor-ID

AT31ZZZ00000014607

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.

Ort, Datum

Unterschrift des Beitragszahlers

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers