



POST Lastschriftverfahren

Debit Direct

Formular bitte ausfüllen und uns wieder zustellen.

Belastungsermächtigung mit Widerspruchsrecht für das Postkonto

Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Kranken- und Unfallkasse Einsiedeln bis auf Widerruf, die fälligen Prämien meinem Postkonto gebührenfrei zu belasten. Dabei behalte ich mir das Recht vor, ausgeführte Belastungen innerhalb von 30 Tagen schriftlich bei meinem Verarbeitungszentrum zu widerrufen.

Versichertennummer

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon Privat

Telefon Geschäft

Postkonto-Nr.

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte zurück an: Kranken- & Unfallkasse Einsiedeln, Hauptstr. 61, Postfach 57, 8840 Einsiedeln