

SIGNAL Krankenversicherung a. G.  
KV-Leistung  
Postfach 10 34 14  
44034 Dortmund

## Erstattung der Fitness-Studio-Mitgliedschaftsbeiträge

Versicherungsnummer	
Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

---

### Bitte lassen Sie diesen Abschnitt vom Fitness-Studio ausfüllen:

Name des Fitness-Studios	
Gezahlter Beitrag in EUR	Für den Zeitraum (von - bis)

**Hinweis:** Bitte ausschließlich gezahlte Beiträge für bereits zurückgelegte Mitgliedschaftszeiten bescheinigen. Vorauszahlungen für noch nicht zurückgelegte Mitgliedschaftszeiten und Mitgliedschaftszeiten vor Versicherungsbeginn können nicht berücksichtigt werden.