

**Signal Iduna Krankenversicherung a.G.**  
**KV-Leistung**  
**Postfach 103414**  
**44034 Dortmund**

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

## **Leistungsantrag**

In der Anlage erhalten Sie: \_\_\_\_\_ Beleg(e) im Gesamtwert von Euro \_\_\_\_\_

Liegt ein Unfall vor?

ja     nein

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Bitte überweisen Sie den Erstattungsbetrag auf folgendes Konto:**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN:     DE \_\_\_\_\_

Kto. Inhaber: \_\_\_\_\_

**Neue Anschrift:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber)