

DA Direkt Versicherung  
Schaden / Zahnzusatz  
Platz der Einheit 2  
60327 Frankfurt

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 das Beitragsabrufkonto: \_\_\_\_\_

auf folgendes Konto:

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

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

IBAN: \_\_\_\_\_

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

**Neue Anschrift:**

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon (tagsüber)