

Anzeige Brillenschaden Bitte nur für Schäden von Brillen/Kontaktlinsen verwenden!

1. Geschädigtes Mitglied

Name/Vorname _____ Geburtsdatum _____ Beruf _____

Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon _____ Mobile _____ E-Mail _____

Post / Bank IBAN-Nr. _____

Name und Ort der Bank _____ Bank-Clearing-Nr. _____

Name Kontoinhaber/-in _____

Mitglied-Nr. _____ Aktive Turner Männer Senioren Aktive Turnerinnen Frauen Seniorinnen
 Jugendriege Knaben Jugendriege Mädchen Kinderturnen Muki/Vaki/Elki andere

2. Datum des Schadenfalls _____

3. Ort und Anlass _____

4. Gerät, Spiel, Übung usw. _____

5. Ausführlicher Hergang des Schadenfalls _____

6. Art der Beschädigung _____

7. Haben Sie sich bei dem Vorfall verletzt? ja nein Wenn ja, war eine ärztliche Behandlung notwendig? ja nein

Wenn ja, Art der Verletzung _____ Körperteil _____

8. Zwei Zeugen des Vorfalls _____

9. Wurde der Schadenfall auch einer anderen Versicherung oder der Krankenkasse gemeldet? ja nein

Wenn ja, bei welcher Versicherung oder Krankenkasse _____

Kontaktperson des Vorstandes

Name/Vorname _____ Strasse _____ PLZ/Wohnort _____

Telefon/Mobile _____ E-Mail _____ Mitglied-Nr. _____

Name des Vereins _____ kant./reg. Verband des STV _____

Die Unterzeichnenden erklären, vorstehende Angaben in allen Teilen genau und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Unterschrift Vorstandsmitglied Datum

Unterschrift Leiter/Leiterin Datum

Unterschrift geschädigtes Mitglied Datum
(bei Minderjährigen gesetzliche Vertretung)

Beizulegen sind: - Originalrechnung des Optikers für die Reparatur oder die neue Brille
- Kaufbeleg der beschädigten Brille
- Abrechnung der Versicherung/Krankenkasse