

## 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 Schadensfalls \_\_\_\_\_

3. Ort und Anlass \_\_\_\_\_

4. Gerät, Spiel, Übung usw. \_\_\_\_\_

5. Ausführlicher Hergang des Schadensfalls  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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. Zeugen des Vorfalls \_\_\_\_\_

9. Meine Krankenkasse beteiligt sich an den Kosten:  ja  nein

9.1 Ich habe nur eine Grundversicherung:  ja  nein

9.2 Meine Zusatzversicherung beteiligt sich an den Kosten:  ja  nein

### 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 oder Ablehnung der Grund- und Zusatzversicherung gemäss Punkt 9