

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. 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

Einsenden an: Genossenschaft Sportversicherungskasse des Schweizerischen Turnverbandes, Bahnhofstrasse 38, 5000 Aarau