



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

## 1. Geschädigtes Mitglied

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Postkonto-Nr. \_\_\_\_\_ 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. Haben Sie sich bei dem Vorfall verletzt?  ja  nein Wenn ja, war eine ärztliche Behandlung notwendig?  ja  nein

Wenn ja, Art der Verletzung \_\_\_\_\_ Körperteil \_\_\_\_\_

7. Zwei Zeugen des Vorfalls \_\_\_\_\_

8. 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 \_\_\_\_\_

Name des Vereins \_\_\_\_\_ kant./reg. Verband des STV \_\_\_\_\_

Die unterzeichneten Vorstandsmitglieder und das geschädigte Mitglied erklären, vorstehende Angaben in allen Teilen genau und wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ein Vorstandsmitglied ..... Datum .....

Der Leiter/Die Leiterin ..... Datum .....

Das geschädigte Mitglied ..... Datum .....  
(bei Minderjährigen gesetzliche Vertretung)

- Beizulegen sind:**
- Originalrechnung des Optikers für Reparatur bzw. Ersatz
  - Beleg der ersetzten Brille
  - Abrechnung der Versicherung/Krankenkasse