

Skadeanmeldelse for brilleskade (arbejdsskadeforsikring)

Anvendes kun ved beskadigelse af briller/kontaktlinser uden personskade

Forsikringsselskab:

Police nr.:

Forsikringstager

Arbejdsgiverens navn:

Virksomhedens adresse:

Post nr.:

By:

Telefon nr.:

Bank reg.nr. og konto nr.:

CVR-nr.:

Skadelidte

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

CPR-nr.:

Telefon nr.:

Bankreg.nr. og konto nr.:

Er skadelidte gift med arbejdsgiveren?

Ja Nej

Hvis ja, foreligger der lønftale? Hvis ja: kopi af lønseddel bedes vedlagt

Ja Nej

Er skadelidte i familie med arbejdsgiveren ?

Ja Nej

Hvis ja, hvorledes?

Er skadelidte ansat hos ovennævnte arbejdsgiver?

Ja Nej

Stilling eller beskæftigelse?

Oplysninger om skaden

Skadedato:

Klokken:

Hvor indtraf skaden?

Er skaden indtruffet udenfor virksomhedens område, må dette udtrykkeligt angives. Tillige må det oplyses, i hvilken anledning skadelidte opholdt sig på stedet.

Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden indtraf?

Havde skadelidte brillerne på, da skaden indtraf?

Ja Nej

Hvis nej, hvor opbevarede skadelidte brillerne?

Bruger skadelidte brillerne til noget arbejdsformål?

Ja Nej

Hvis ja, hvilke?

Oplysninger om skaden (fortsat)

Hvad var årsagen til, at brillerne blev beskadiget?
En kort beskrivelse udbedes

Hvori bestod beskadigelsen af brillerne?

Hvornår er de beskadigede briller anskaffet?

Dato:

Til hvilken pris?

Hos hvilken optiker/forhandler?

Medlem af "Danmark" ?

Ja Nej

Underskrift

Den _____ / _____ - 20 _____

_____ Forsikringstagers underskrift

Brilleoplysningsskema i tilknytning til anmeldelse af brilleskade
(bedes udfyldt af optikeren og returneret til ForsikringsMæglerGruppen)

| Udfyldes af optiker: | |
|---|---|
| Skadelidtes navn/cpr.nr.: | |
| Hvilken del af brillen er beskadiget? | Stel <input type="checkbox"/> Højre glas <input type="checkbox"/> Venstre glas <input type="checkbox"/> |
| Kan brillen repareres? | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Hvis ja, til hvilken pris? | kr. _____ |
| Hvis nej, udfyldes nedenstående: | |
| Er nyt brillestel af samme prisklasse som de beskadigede? | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> |
| Hvis nej, hvor meget udgør prisforskellen? | |
| Pris for ny brille | kr. _____ |
| Evt. tilskud | kr. _____ |
| Pris i alt | kr. _____ |
| Dato: _____ | |
| _____ Optiker - stempel og underskrift | |