

Skadeanmeldelse for brilleskade (arbejdsskadeforsikring)*Anvendes kun ved beskadigelse af briller/kontaktlinser uden personskade*

Forsikringsselskab:

Policenr.:

Forsikringstager

Arbejdsgiverens navn:

Virksomhedens adresse:

Postnr.:

By:

Telefonnr.:

Bank reg. nr. og konto nr.:

CVR-nr.:

Skadelidte

Navn:

Adresse:

Postnr.:

By:

CPR-nr.:

Telefonnr.:

Bankreg.nr. og konto nr.:

Er skadelidte gift med arbejdsgiveren?

 Ja Nej

Hvis ja, foreligger der lønftale?

 Ja Nej

Hvis ja: kopi af lønseddel bedes vedlagt

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*