

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: _____

Post nr.: _____ By: _____

CPR-nr.: _____ Telefon nr.: _____

Bank reg. nr. og konto nr.: _____

Er skadelidte gift med arbejdsgiveren? Ja Nej

Hvis ja, foreligger der lønaftale? 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? Stilling _____ Beskæftigelse _____

Oplysninger om skaden

Skadedato: _____ Klokken: _____

Hvor indtraf skaden?

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

Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden indtraf? _____

Hadde 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 (forsat)

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 _____