

## Anmeldelse efter lov om arbejdsskadeforsikring

Anvendes **kun** ved beskadigelse af BRILLER/KONTAKTLINSER uden personskade

|  |  |  |            |
|--|--|--|------------|
| Arbejdsgiverens navn og virksomhedens art:   |  | Policenr.: <b>bedes oplyst</b>   |            |
| Virksomhedens adresse:   |  | Tlf. nr.:  | SE nr.:    |
| Samtlige spørgsmål skal <b>altid</b> besvares  |  |  |            |
| 1. a Skadelidtes fulde navn:<br>(med blokbogstaver)  |  | CPR-nr.:   |            |
| b Fuldstændig adresse:   |  | Postnr.:   | By:        |
| c Stilling eller beskæftigelse:  |  | Tlf. nr.:  |            |
| 2. Hvornår indtraf skaden?   |  | Dato:            20            Ugedag:   | kl. (0-24) |
| 3. Hvor indtraf skaden?  |  |  |            |
| 4. Hvad var årsagen til, at brillerne blev beskadiget?<br>Udførlig beskrivelse udbedes.  |  |  |            |
| 5. Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden indtraf?  |  |  |            |
| 6. a Havde skadelidte brillerne på, da skaden indtraf?<br>b Bruger skadelidte brillerne til noget arbejdsformål, og da hvilket?<br>c Hvor opbevarede skadelidte brillerne? |  | Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis Nej skal også c besvares<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>   |            |
| 7. Hvori bestod beskadigelsen af brillerne?  |  | <input type="checkbox"/> Venstre glas <input type="checkbox"/> Højre glas <input type="checkbox"/> Begge glas<br><input type="checkbox"/> Stellet alene <input type="checkbox"/> Hele brillen <input type="checkbox"/> Andet |            |
| 8. a Hvornår er de beskadigede briller anskaffet? (år/måned)<br>b Til hvilken pris?<br>c Hos hvilken optiker?<br>Navn, adresse, tlf. nr.                                   |  |  |            |
| 9. Anmeldelsen vedlægges den <b>originale</b> , kvitterede regning på de nye briller, der af optikeren påføres følgende:   |  | 1) Skadelidtes navn<br>2) Leveringsdato<br>3) Specifikation af pris for stel og glas<br>4) Glassenes styrke  |            |
| <b>De beskadigede briller skal opbevares indtil sagen er afsluttet</b>   |  |  |            |

Hvortil skal Navn \_\_\_\_\_ Reg.nr. \_\_\_\_\_ Kontonr. \_\_\_\_\_  
erstatningen sendes? Adresse \_\_\_\_\_

Dato \_\_\_\_\_ Arbejdsgiverens underskrift \_\_\_\_\_ Firmastempel \_\_\_\_\_ Stilling \_\_\_\_\_