

| | | | |
|--|--|---|--|
| | Skadenummer: (udfyldes af forsikringselskabet) | | |
| FORSIKRINGS- TAGER | Firma: | Policenummer: | |
| | Navn: | Forsikringselskab: | |
| | Adresse: | Kontonummer: | Internt identifikationsnr.: |
| | Postnr. og By: | Evt. e-mail adresse: | Er De momsregistreret? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| SKADELIDTE | Navn: | Cpr. Nr.: | |
| | Adresse: | Tlf. arbejde: | |
| | Postnr./by: | Tlf. hjemme: | |
| | Stilling: | Er skadelidte gift med arbejdsgiveren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| | Er skadelidte beskæftiget hos Dem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Er skadelidte i familie med Dem? - Hvis ja, hvorledes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej _____ | |
| | Er skadelidte medlem af Sygeforsikringen "danmark"? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| OPLYSNINGER OM SKADEN | Hvornår indtraf skaden? Dato: _____ Ugedag: _____ Kl.: (0-24) _____ | | |
| | Hvor indtraf skaden? Er skaden indtruffet uden for 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. | | |
| | a) Havde skadelidte brillerne på, da skaden indtraf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (Hvis nej, skal også c) besvares) | | |
| | b) Bruger skadelidte brillerne til noget arbejdsformål, og da hvilket? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej c) Hvor opbevarede skadelidte brillerne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Hvad var årsagen til at brillerne blev beskadiget? (En kort beskrivelse udbedes) | | | |
| DE BESKADIGTE BRILLER | Hvori bestod beskadigelsen af brillerne? | | |
| | Hvornår er de beskadigede briller anskaffet? | | |
| | Til hvilken pris? | | |
| | Hos hvilken optiker/forhandler? | | |
| UNDERSKRIFT | Jeg erklærer herved, at de oplysninger, som jeg har givet i anmeldelsen, svarer til de faktiske forhold. | | |
| | Sted og dato | Forsikringstagers underskrift | |