

Den udfyldte skadeanmeldelse sendes til:

Adresse: balticfinance  
Postboks 302  
6330 Padborg  
Danmark

E-mail: skade@balticfinance.com

Upload: customerupload.balticfinance.com  
med Skadenummer: 00000-0  
og Adgangskode: F4MpR9Q

Anvendes kun ved beskadigelse af briller/kontaktlinser **uden personskade**. Kan oplysninger ikke stå i de afmærkede felter skal arket til supplerende oplysninger benyttes.

- Skadeanmeldelsen udfyldes i blokbovstaver.
- Medsend venligst et billede af og faktura for de beskadigede briller.
- De beskadigede briller skal gemmes indtil sagen er afsluttet.

## 1. Virksomhedens navn og CVR-nummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>A</b> Arbejdsgiverens navn	<b>B</b> CVR nr.
<input type="text"/>	
<b>C</b> Arbejdsgiverens adresse	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>D</b> E-mail adresse	<b>E</b> Telefon nr.

## 2. Skadelidte

<input type="text"/>		
<b>A</b> Skadelidtes navn		
<input type="text"/>		
<b>B</b> Skadelidtes adresse		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>C</b> CPR nr.	<b>D</b> Telefon nr.	<b>E</b> Email adresse
<b>F</b> Erhvervs-mæssig status: <input type="checkbox"/> Ansat i virksomheden <input type="checkbox"/> Vikar <input type="checkbox"/> Praktik		<input type="text"/> <b>G</b> Ansættelsesdato
<b>H</b> Er skadelidte medlem af Sygeforsikringen Danmark? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Hvis ja - hvilken gruppe? <input type="text"/>

## 3. Skaden

<b>A</b> Skadedato <input type="text"/>	<b>B</b> Skadested/Adresse <input type="text"/>
<b>C</b> Giv en kort beskrivelse af hvad der skete og hvori skaden på brillerne består.	
<input type="text"/>	
<b>D</b> Er tale om <input type="checkbox"/> en arbejdsbrille eller <input type="checkbox"/> en privat brille <i>Sæt venligst ét kryds</i>	
<b>E</b> Havde skadelidte brillerne på, da skaden indtraf? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="text"/> Hvis nej - hvor opbevarede skadelidte brillerne?	
<b>F</b> Kan brillerne repareres? <input type="checkbox"/> Ja (Regning for reparation af briller skal vedlægges anmeldelsen) <input type="checkbox"/> Nej (Regning for køb af nye briller skal vedlægges anmeldelsen)	

**G** Er brillerne flerstyrke?  Ja  Nej

**H** Erstatningen udbetales til:  Arbejdsgiver, angiv kontonr.:

Skadelidte, refusion sker via NemKonto

**I** Supplerende oplysninger

#### 4. Bekræftelse af oplysningernes rigtighed og fuldstændighed



Jeg/vi forsikrer at de oplysninger som jeg/vi har givet, er sande og korrekte ud fra min/vores bedste viden og overbevisning. Jeg/vi har ikke tilbageholdt nogen form for information i forbindelse med denne skadeanmeldelse.

Jeg/vi er indforstået med at forsyne forsikringsselskabet med yderligere informationer, hvis dette er nødvendigt. Jeg/vi er klar over, at denne skadeanmeldelse ikke automatisk fører til en erstatning. Fejlagtigt givne oplysninger i denne skadeanmeldelse vil føre til retslige konsekvenser.

Dato

Navn

Underskrift



OBS: HUSK AT MEDSENDE FAKTURA FOR DE BESKADIGEDE BRILLER.