

# BRILLEANMELDELSE

Udfyldes af arbejdsgiver



**Dansk  
Arbejdsskadeforsikring A/S**  
Registreret agentur

## Arbejdsgiver

Policenummer	
Navn	
Adresse	
CVR.nr.	
P-nummer	
Tlf.nr.	
E-mail	

## Skadelidte

Navn	
Adresse	
CPR.nr.	
Tlf.nr.	
E-mail	
Medlem af "Danmark"	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (gruppe: )

## Oplysninger om skaden

Skadedato	
Skadested	
Hvordan skete skaden?	
Hvordan er brillen beskadiget?	

## Arbejdsgivers underskrift

Dato	Underskrift
------	-------------

## Fuldmagt

Jeg.....(skadelidte) giver herved .....(mægler) fuldmagt til at håndtere min brilleskade med Dansk Arbejdsskadeforsikring Agentur A/S.

## Skadelidtes underskrift

Dato	Underskrift
------	-------------

Dansk Arbejdsskadeforsikring Agentur A/S, Skadeafdelingen, E-mail: [skade@dasf.dk](mailto:skade@dasf.dk)  
Direkte tlf: 53538240

# Optikererklæring

(Udfyldes og underskrives af optikeren)



**Dansk  
Arbejdsskadeforsikring A/S**  
Registreret agentur

Udfyldes med BLOKBOGSTAVER

Arbejdsgiver	
Policenummer	

## Skadelidte

Navn	
Adresse	
CPR.nr.	
Skadedato	
E-mail	
Ansættelsesdato	

## Hændelsesforløb

Beskriv hvordan brillen blev beskadiget
---

## Den ødelagte brille

Er der tale om en skærmbrille?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Skærmbrille købt af virksomhed, dækkes ikke)
Kan brillen repareres?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hvilken optiker leverede den nu ødelagte brille?	
Hvilken del af brillen er beskadiget?	
Hvornår blev brillen købt?	Glassene <span style="float: right;">Stellet</span>
Hvad kostede den?	Glassene <span style="float: right;">Stellet</span>

Vedlæg venligst udspecificeret kvittering for den ødelagte og den nye brille.

## Den nye brille

Hvad koster en tilsvarende brille?	Glassene <span style="float: right;">Stellet</span>
Er brillen enkeltstyrket	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Er brillen flerstyrket	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Er skadelidte medlem af "Danmark"?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (gruppe:      )

Undertegnede optiker erklærer, at den anmeldte skade ikke skyldes slid, ælde eller lignende.

Dato	Optikerens underskrift og stempel
------	-----------------------------------