REEL
FORSIKRINGSPARTNER

Anmeldelse efter lov om arbejdsskadeforsikring

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

Arbejdsgiverens navn og virksomhedens art:		Policenr.:
Virksomhedens adresse:		Tlf. nr.: SE nr.:
Samtlige spørgsmål skal besvares		
1. a Skadelidtes fulde navn: (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? Udførlig beskrivelse udbedes.		
5. Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden indtraf?		
6. a Havde skadelidte brillerne på, da skaden indtraf? b Bruger skadelidte brillerne til noget arbejdsformål, og da hvilket? c Hvor opbevarede skadelidte brillerne?	Ja Nej Hvis Nej skal også c besvares Ja Nej	
7. Hvori bestod beskadigelsen af brillerne?	Venstre glas Stellet alene	Højre glas Hele brillen Begge glas Andet ☐
8. a Hvornår er de beskadigede briller anskaffet? (år/måned) b Til hvilken pris? c Hos hvilken optiker? Navn, adresse, tlf. nr.		
9. Anmeldelsen vedlægges den **originale,** kvitterede regning på de nye briller, der af optikeren påføres følgende:	1) Skadelidtes navn 2) Leveringsdato 3) Specifikation af pris for stel og glas 4) Glassenes styrke	
De beskadigede briller skal opbevares indtil sagen er afsluttet		

Hvortil skal erstatningen sendes?

Navn Reg.nr. Kontonr.

Adresse

Dato Arbejdsgiverens underskrift Firmastempel Stilling

Mægler: tlf