

# ERKLÆRING VEDRØRENDE BRILLER

(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 skærmbrylle?	<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	Stellet
Hvad kostede den?	Glassene	Stellet

Vedlæg venligst kvittering for den ødelagte og den nye brille.

## Den nye brille

Hvad koster en tilsvarende brille?	Glassene	Stellet
Kan brillen repareres?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Kan brillen repareres?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Er glassene ændret?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
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
------	-----------------------------------

Herlev Ringvej 2C  
DK-2730 Herlev  
Telefon +45 53 53 82 40  
www.danskarbejdsskadeforsikring.dk