

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 | Stellet |
| Hvad kostede den? | Glassene | Stellet |

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

Den nye brille

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|--|
| Hvad koster en tilsvarende brille? | Glassene | Stellet |
| 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 |
|------|-----------------------------------|