

BRILLEANMELDELSE

Udfyldes af arbejdsgiver



**Dansk
Arbejdsskadeforsikring A/S**
Registreret agentur

Arbejdsgiver

Udfyldes med BLOKBOGSTAVER

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
Direkte tlf.: 53538240