

Brilleskade

Skadenr:

A: Virksomheden		
Virksomhedens navn		
Adresse		Post nr. og by
Kontaktperson	Telefon nr.	Mailadresse
B: Skadelidte		
Skadelidtes fulde navn		CPR-nr.
Adresse		Post nr. og by
Stilling:		Telefon nr.
Mailadresse		
Er skadelidte medlem af Sygesikringen Danmark?		Hvis ja, hvilken gruppe:
C: Hændelsesforløbet		
1. Hvornår indtraf skaden? (dato og tidspunkt)		
2. Hvor skete skaden? Hvis skaden skete uden for virksomhedens område – angiv hvor og i hvilken anledning skadelidte opholdt sig på stedet.		
3. Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden skete?		
4. Bærer skadelidte altid briller?		
4a. Bruger skadelidte briller/kontaktlinser i sit arbejde?		

4b. Havde skadelidte briller/kontaktlinser på, da skaden skete?	Hvis ja - se bort fra spørgsmål 4c.	Hvis nej - besvar spørgsmål 4c.
4c. Hvor opbevarede skadelidte sine briller/kontaktlinser?		
5. Hvad var årsagen til, at brillerne/kontaktlinserne blev beskadiget?		
6. Hvori består skaden på brillerne/kontaktlinserne?		
D: Oplysninger om de ødelagte briller/kontaktlinser		
1. Hvornår er brillerne/ kontaktlinserne købt?		Der vedlægges kopi af regningen for anskaffelsen af de nu ødelagte briller/kontaktlinser.
2. Hvad kostede de?		
3. Hvor er de købt?		
4. Hvilken type glas var der i brillerne? (sæt kryds)	Almindeligt glas:	
	Dobbelte glas:	
	Toned glas:	
	Antirefleksbehandlede:	
	Andet:	
E: Reparation og genanskaffelse		

1. Kan reparation foretages? (sæt kryds)	Ja	Hvis ja vedlægges en specificeret regning for reparationen.
	Nej	
2. Har genanskaffelse været nødvendig? (sæt kryds)	Ja	Hvis ja vedlægges en specificeret regning for genanskaffelsen
	Nej	
3. Er der behov for specielt stel pga. allergi eller krav om letvægtsbriller? (sæt kryds)	Ja	Hvis ja skal dokumentation herfor vedlægges.
	Nej	
4. Er der modtaget tilskud til reparation eller genanskaffelse?	Hvis ja oplyses beløbet:	Et sådan tilskud vil fragå i en eventuel erstatning, hvis summen af erstatningen og tilskuddet overstiger de faktiske udgifter.
	Nej	
G: Skadelidtes underskrift		
Dato	Skadelidtes underskrift	
H: Virksomhedens underskrift		
Dato	Underskrift og virksomhedens stempel	
Skemaet bedes sendt elektronisk til: Anfør venligst skadenummer ved indsendelse skade@protectorforsikring.dk Ellers skal den sendes via post til Protector Forsikring Kalvebod Brygge 39-4, 3. sal 1560 København V		
Husk at vedlægge en specificeret regning for reparation eller genanskaffelse		