byggeriets forsikringsservice

(Skal påføres) Policenr.: 65/66-
Skade nr.:

Anmeldelse

efter lov om sikring mod følger af arbejdsskade

Anvendes **kun** ved beskadigelse af **briller/kontaktlinser** uden personskade

Arbejdsgiverens navn og virksomhedens art:		Tlf. nr.:
Virksomhedens adresse:	Postnr.:	CVR-nr.:

1a. Skadelidtes fulde navn: (med blokbogstaver)		PERSONNUMMER
		Telf. nr.:
b. Stilling eller beskæftigelse:		
c. Bopæl og Postnr.		
d. Er skadelidte ansat hos anmelderen?	Ja ○ Nej ○	
2. Hvornår indtraf skaden?	Dato 20	Ugedag kl. (0-24)
3a. Hvor indtraf skaden? b. Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden indtraf?		
4. Hvad var årsagen til at brillen blev beskadiget? En kort beskrivelse udbedes.		
5a. Havde skadelidte brillen på, da skaden indtraf? b. Hvor opbevarede skadelidte brillen?	Ja ○ Nej ○	Hvis Nej skal b besvares
6. Hvori bestod beskadigelsen af brillen?		

Såfremt virksomheden er momsregistreret bedes kopi af betalt faktura tilsendt, hvorefter vi afregner overfor Dem (virksomheden) ex. moms

7a. Hvornår er den beskadigede brille anskaffet? b. Til hvilken pris? c. Pris for tilsvarende brille?	Optikers dokumentation herfor: (Eller evt. kopi af gammel regning) .

OBS

Brillestel betales med det af Arbejdsskadestyrelsen fastsatte maksimumbeløb, såfremt dokumentation ikke indsendes.
Brilleglas erstattes med prisen for et nyt glas af samme type som det beskadigede.
Den beskadigede brille skal opbevares til sagen er afsluttet.

d. 20

Arbejdsgiverens underskrift | Firmastempel | Stilling