

# Anmeldelse efter lov om arbejdsskadesikring

Anvendes **kun** ved beskadigelse af BRILLER/KONTAKTLINSER uden personskade

Arbejdsgiverens navn: \_\_\_\_\_ Cvr nr.: \_\_\_\_\_

Virksomhedens adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Samtlige spørgsmål skal **altid** besvares

1. a. Skadelidtes fulde navn: (med blokbogstaver)	CPR nr.:
b. Fuldstændig adresse:	Postnr.: Kommune: Telefon:
c. Er skadelidte ansat hos anmelderen?	
d. Stilling eller beskæftigelse:	
2. Hvornår indtraf skaden?	
3. Hvor indtraf skaden? Er skaden indtruffet uden for virksomhedens område, må dette udtrykkeligt angives. Tillige må det oplyses, i hvilken anledning skadelidte opholdt sig på stedet.	
4. Hvilket arbejde var skadelidte beskæftiget med, da skaden skete?	
5. a) Havde skadelidte brillerne på, da skaden indtraf? b) Bruger skadelidte brillerne til noget arbejdsformål, og da hvilket? c) Hvor opbevarede skadelidte brillerne?	Ja: ____ Nej: ____ (hvis "Nej" skal C også besvares)
6. Hvad var årsagen til, at brillerne blev beskadiget? En kort beskrivelse udbedes.	
7. Hvori bestod beskadigelsen af brillerne?	
8. Til hvem skal evt. erstatning udbetales? Navn og konto nr.	

Den beskadigede brille må *ikke* smides ud, før sagen er afgjort.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Arbejdsgiverens underskrift • Stilling • Stempel

Side 2 udfyldes af optiker inden indsendelse

# ERKLÆRING VEDRØRENDE BRILLER

Udfyldes af optiker inden indsendelse af skadeanmeldelse

Navn og adresse på leverandør af de beskadigede briller:

\_\_\_\_\_

Hvilken del af brillen er beskadiget? \_\_\_\_\_

Hvornår er brillen købt?

Glassene: \_\_\_\_\_

Stellet: \_\_\_\_\_

Hvad kostede den i kr.?

Glassene: \_\_\_\_\_

Stellet: \_\_\_\_\_

Evt. kvittering på den beskadigede brille vedlægges.

Er der sket ændring af typen på glassene (enkeltstyrket, flerstyrket, bifokale) JA: \_\_\_\_\_ NEJ: \_\_\_\_\_

Gamle glas: \_\_\_\_\_

Nye glas: \_\_\_\_\_

Hvad er prisen i dag på tilsvarende brille som den beskadigede? Glas kr.: \_\_\_\_\_ Stel kr.: \_\_\_\_\_

Kan brillen repareres? NEJ: \_\_\_\_\_ JA: \_\_\_\_\_ Pris: \_\_\_\_\_

Undertegnede optiker erklærer hermed, at den anmeldte skade **ikke** skyldes slid, ælde eller lignende.

Er der offentligt tilskud?

NEJ: \_\_\_\_\_ JA, kr.: \_\_\_\_\_

Er skadelidte medlem af "danmark"?

NEJ: \_\_\_\_\_ JA, grp: \_\_\_\_\_

Tilskuddets størrelse i kr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den / 20 Optikers underskrift og stempel:

Anmeldelsen sendes med post eller e-mail til: Sedgwick Danmark A/S  
Lautrupvang 8  
2750 Ballerup  
Att: Arbejdsskadeteamet  
e-mail: [arbejdsskade@slhdk.dk](mailto:arbejdsskade@slhdk.dk)