

# Anmeldelse af brilleskade

Anvendes kun ved beskadigelse af briller



Frie Børnehaver

Afd.nr.

Policenummer 24-8417697

## Samtlige spørgsmål skal altid besvares

Skadelidtes fulde navn (med blokbogstaver)

CPR-nr.:

Fuldstændig adresse

Telefonnr.

Postnr.

By

**1** Hvornår skete skaden ?

Dato

Ugedag

Kl. (0-24)

**2** Hvad var årsagen til, at brillerne blev beskadiget ?  
En kort beskrivelse udbedes.

**3** Hvori bestod beskadigelsen af brillerne ?

Venstre glas

Højre glas

Begge glas

Stellet alene

Hele brillen

Andet

**4** Hvornår er de beskadigede briller anskaffet ?

Til hvilken pris ?

Hos hvilken optiker ?

**5** Er skadelidte medlem af Sygeforsikringen Danmark ?

JA

NEJ

## Punkterne 6 - 9 udfyldes af skadelidtes optiker

**6** Kan brillerne repareres ?

JA

NEJ

Hvor meget anslås reparationsudgifterne til ?

**7** Ved levering af erstatningsbrille:

(Blanketten kan ikke benyttes som regning til forsikringsselskabet)

Prisen for et stel af samme art og kvalitet som det ødelagte

Kr.

Prisen for brilleglas af samme art og kvalitet som de ødelagte

Kr.

Tilskud fra sygesikringen

Kr.

Tilskud fra "danmark" eller anden forsikring

Kr.

Nettopris

Kr.

**8** Optikerens navn og adresse:  
(stempel)

**9** Til hvem ønskes erstatningen udbetalt:

forældre

optiker

Giro/Bank Regnr. Kontonr.: \_\_\_\_\_

En specificeret original regning for udgiften til reparation af de ødelagte briller evt. ny brille/brilleglas bedes vedlagt. De beskadigede briller skal opbevares, indtil sagen er afsluttet.

Institutionens navn

Underskrift og dato