

Skadeanmeldelse briller

TIL FORSIKRINGSSELSKAB:	POLICENUMMER:

FORSIKRINGSTAGER	
NAVN :	
ADRESSE :	
POST & BY:	
CVR-NUMMER:	

DEN HVIS BRILLER ER SKADET	
NAVN :	
BESKÆFTIGELSE:	
ADRESSE:	
POST & BY:	

TIDSPUNKT HVOR SKADEN SKETE	
DATO:	
KLOKKESLET:	

OMSTÆNDIGHEDER OMKRING SKADEN	
BESKRIVELSE AF HVORDAN OG HVORFOR BRILLEN BLEV BESKADIGET:	

SKADENS OMFANG			
BESKRIVELSE AF HVAD SKADE DER ER SKET PÅ BRILLEN:	<input type="checkbox"/> VENSTRE GLAS	<input type="checkbox"/> HØJRE GLAS	<input type="checkbox"/> BEGGE GLAS
	<input type="checkbox"/> STELLET ALENE	<input type="checkbox"/> HELE BRILLEN	<input type="checkbox"/> ANDET

ERSTATNINGS UDBETALING	
SENDES TIL:	<input type="checkbox"/> FORSIKRINGSTAGER <input type="checkbox"/> SKADELIDTE
BANK KONTO NUMMER:	

UDFYLDT AF	
NAVN:	
STILLING:	

GEM EN KOPI TIL EGET BRUG

SEND DEN UDFYLDTE ANMELDELSE TIL DANSØ FORSIKRINGSMÆGLERE - GERNE PR. E-MAIL

FORSIKRINGSTAGERNAVN :
ADRESSE :
POST & BY:
CVR-NUMMER:**DEN HVIS BRILLER ER SKADET**NAVN :
ADRESSE:
POST & BY:**SKADENS OMFANG**BRILLEN ER SKADET PÅ: VENSTRE GLAS HØJRE GLAS BEGGE GLAS
 STELLET ALENE HELE BRILLEN ANDET
BRILLE KAN REPARERES: JA NEJ**DEN SKADEDE BRILLE**HAR FLERSTYRKE-GLAS: JA NEJ
GLIDENDE OVERGANG: JA NEJ
BRILLENS ALDER:
ANSKAFSELSPRIS:
KOPI AF KVITTERING: ER VEDLAGT ER IKKE VEDLAGT**DEN NYE ELLER REPAREREDE BRILLE**ER TILSVARENDE BRILLE: JA NEJ
GLIDENDE OVERGANG: JA NEJ
REPARATIONSPRIS:
NY ANSKAFSELSPRIS:
TILSKUD FRA "DANMARK": JA NEJ**OPTIKEREN**NAVN :
ADRESSE:
POST & BY:DATO OG UNDERSKRIFT
OPTIKER**PRINT**

SENDES TIL DANSØ FORSIKRINGSMÆGLERE - GERNE SCANNET PR. E-MAIL