

**Skadeanmeldelse Brilleskade**

Virksomheden (arbejdsgiver) – Policenr:		
Virksomhedens navn og CVR nummer (skal oplyses)		
Adresse		Post nr. og by
Kontaktperson	Telefon nr.	Mailadresse
Skadelidtes fulde navn		CPR-nr.
Adresse		Post nr. og by
Stilling:		Telefon nr.
Mailadresse		
Skadedato	Hvor skete skaden?	
Hvad var årsagen til at brillerne blev beskadiget?		
Hvori består skaden på brillerne?		
Er skadelidte medlem af Sygesikringen Danmark?	Hvis ja , hvilken gruppe?	Nej
	Tilskud:	
Dato	Skadelidtes underskrift	
Dato	Underskrift og virksomhedens stempel	
Hvem skal erstatningen udbetales til?		
Navn _____		
REG.NR. _____ KONTONUMMER: _____		

**Skadeanmeldelsen inklusiv optikererklæring og faktura sendes til Protector Forsikring, Kalvebod Brygge 39-41, 1560 København V eller til: [skade@protectorforsikring.dk](mailto:skade@protectorforsikring.dk)**

## Optikererklæring

Denne erklæring bedes udfyldt af skadelidtes optiker:

Skadelidtes navn \_\_\_\_\_

Hvornår er den ødelagte brille købt? \_\_\_\_\_

Hvad kostede stellet? \_\_\_\_\_ kr.

Hvad kostede glassene? \_\_\_\_\_ kr.

Kan brillen repareres?

Hvis ja:

Hvad koster reparationen? \_\_\_\_\_ kr.

Hvis nej:

Hvad er prisen for et stel af samme art og kvalitet som det ødelagte? \_\_\_\_\_ kr.

Hvad er prisen for glas af samme art og kvalitet som de ødelagte? \_\_\_\_\_ kr.

Pris: \_\_\_\_\_ kr.

Tilskud fra danmark eller anden forsikring \_\_\_\_\_ kr.

Dato:

Underskrift og optikeren stempel:

**Skadeanmeldelsen inklusiv optikererklæring og faktura sendes til Protector Forsikring, Kalvebod Brygge 39-41, 1560 København V eller til: [skade@protectorforsikring.dk](mailto:skade@protectorforsikring.dk)**