

Retur til:  
Kalaallit Forsikring Agentur A/S  
Postboks 1071  
3900 Nuuk  
Telefax: +299 32 42 40



(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 <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/>	
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 <input type="radio"/> Nej <input type="radio"/> Hvis Nej skal b besvares	
6. Hvori bestod beskadigelsen af brillen?		
<b>Såfremt virksomheden er momsregistreret bedes kopi af betalt faktura tilsendt, hvorefter vi afregner overfor Dem (virksomheden) ex. moms</b>		
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