



## Skadeanmeldelse - arbejdsskade

Til brug ved beskadigelse af briller/kontaktlinser uden personskade.

### Virksomhedsoplysninger

Virksomhedens navn: \_\_\_\_\_

Virksomhedens adresse: \_\_\_\_\_ Postnr./By: \_\_\_\_\_

Policenr.: \_\_\_\_\_ CVR nr.: \_\_\_\_\_

### Oplysninger om den tilskadedkomne

Navn: \_\_\_\_\_ Cpr. nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr./By: \_\_\_\_\_

Mobilnr.: \_\_\_\_\_ Stilling/beskæftigelse: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Er tilskadedkomne i familie med arbejdsgiveren:    Nej    Ja    Hvorledes: \_\_\_\_\_

### Oplysninger om selve skaden

Hvornår skete skaden? \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Kl.: \_\_\_\_\_

Hvor skete skade:  
\_\_\_\_\_

Hvilket arbejde var tilskadedkomne beskæftiget med da skaden indtraf:  
\_\_\_\_\_

Havde tilskadedkomne brillerne på da skaden skete:    Nej    Ja

Hvis nej - hvor opbevarede tilskadedkomne brillerne:  
\_\_\_\_\_

Hvor lang tid havde de været opbevaret der: \_\_\_\_\_

Hvad er årsagen til, at brillen blev beskadiget:  
\_\_\_\_\_

Hvori bestod skaden:  
\_\_\_\_\_

Hvornår er brillerne anskaffet: \_\_\_\_\_ Til hvilken pris: \_\_\_\_\_

Hos hvilken optiker - oplys navn, adresse, tlf.:  
\_\_\_\_\_

Er tilskadedkomne medlem af Sygeforsikring Danmark:    Nej    Ja    Hvilken gruppe: \_\_\_\_\_

Hvem skal beløbet overføres til? \_\_\_\_\_

Vi overfører til anførtes Nemkonto medmindre følgende oplyses    Regnr.: \_\_\_\_\_    Kontonr.: \_\_\_\_\_

Yderligere bemærkninger:  
\_\_\_\_\_

### Send skadesanmeldelsen til:

GF Forsikring a/s · Jernbanevej 65 · 5210 Odense NV

Mail: arbejdsskade@gfforsikring.dk · Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os på tlf. 72 24 40 30

Arbejdsgiverens underskrift

Firmastempel

Stilling