

Skadeanmeldelse - Brilleoplysningseskema

018

Forsikringstager

Stilling: _____
 Navn: _____
 Adresse: _____
 Postnr. og by: _____

Skadenr. (udfyldes af Codan)
Policenr.
Tlf. nr. hjemme
Tlf. nr. arbejde
CPR. nr. / SE nr.
Er du momsregistreret?

Udfyldes af skadelidte	Pris ved anskaffelse af beskadiget/stjålet brille: kr. _____	Anskaffelsestidspunkt:
	Købt hos optiker:	By: _____
Medlemskab af "danmark" Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Udfyldes af optiker	Hvilken del af brillen er beskadiget? Stel <input type="checkbox"/> Højre glas <input type="checkbox"/> Venstre glas <input type="checkbox"/>	
	Kan brillen repareres? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Hvis ja, til hvilken pris? kr. _____	
	Hvis nej, udfyldes nedenstående:	
	Er brillestel af samme prisklasse som gammelt? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Hvis nej, hvor meget udgør prisforskellen? kr. _____	
	Oplysninger om glas:	
	Gamle glas:	Enkeltst. <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Progressiv <input type="checkbox"/> Tone <input type="checkbox"/> Anti <input type="checkbox"/> Farveskift <input type="checkbox"/>
	Nye glas:	Enkeltst. <input type="checkbox"/> Bifocal <input type="checkbox"/> Progressiv <input type="checkbox"/> Tone <input type="checkbox"/> Anti <input type="checkbox"/> Farveskift <input type="checkbox"/>
	Hvis glastypen er ændret, hvor meget udgør prisforskellen? kr. _____	
	Gammel brille:	H <input type="checkbox"/> Sph <input type="checkbox"/> Cyl <input type="checkbox"/> Axe <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Sph <input type="checkbox"/> Cyl <input type="checkbox"/> Axe <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/>
	Ny brille:	H <input type="checkbox"/> Sph <input type="checkbox"/> Cyl <input type="checkbox"/> Axe <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Sph <input type="checkbox"/> Cyl <input type="checkbox"/> Axe <input type="checkbox"/> Add <input type="checkbox"/>
Pris for ny brille kr. _____		
÷ tilskud kr. _____		
Pris i alt kr. _____		
Dato: _____ / _____	_____ Stempel og underskrift	
Pengeinstitut	Oplys venligst reg.nr. og kontonr. i dit pengeinstitut til brug for evt. skadeudbetaling. Oplysningerne behandles fortroligt. Ønskes udbetaling pr. check beregnes gebyr.	
	Reg.nr.	Kontonr.
E-mail	Ønsker du, at kommunikere via e-mail, skal du anføre din e-mail adresse her _____	