

# Brilleanmeldelse

## Arbejdsskadeforsikring

Anvendes kun ved beskadigelse af briller/kontaktlinser/høreapparater



*Efter lov om er sikring mod følger af arbejdsskader, er der mulighed for at få erstatning for briller (hertil medregnes også kontaktlinser), der beskadiges eller ødelægges under arbejdet.*

Der er mulighed for erstatning, dersom skaden er sket i forbindelse med en egentlig arbejdsulykke, eller under visse betingelser, hvis brillerne langsomt og gradvist er beskadiget eller ødelagt som følge af arbejdet eller de forhold, hvorunder arbejdet foregår.

### Betingelser

Brillerne skal være anvendt under arbejdet og skaden skal være en direkte følge af arbejdet, eller en følge af specielle forhold på arbejdspladsen.

Denne betingelse udelukker f.eks. erstatning ved tilfældige skader, der lige så godt kunne være indtruffet i fritiden.

Som eksempel kan nævnes, tab af briller ved hosteanfald, tab af briller ud af lommen eller tab af briller i forbindelse med pudsning af glas.

### Erstatning

*Forsikringen dækker udgiften til et par tilsvarende nye briller.*

Udgiften til nye glas af samme kvalitet som de beskadigede, erstattes fuldt ud, inklusive en eventuel ændret styrke.

Merudgiften til dobbeltslebne glas betales ikke, hvis de beskadigede glas var med enkelt styrke. Hvis kun 1 glas er beskadiget, betales for 2 nye glas, hvis optikeren vurderer, at det er nødvendigt for at opnå et tilfredsstillende resultat. Det kan være tilfældet på grund af ændret styrke, eller fordi der er forudbestående antirefleksbehandling eller toning i det ubeskadigede glas.

Brillestel, som er under et år gamle, dækkes som udgangspunkt fuldt ud.

Brillestel, som er mere end et år gamle, dækkes med et maksimumsbeløb, der er fastsat af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring.

Du kan se beløbet på <https://www.aes.dk/love-og-praksis/satser/arbejdsskader/arbejdsskader-aktuelle-satser>.

Vi beder dig venligst indsende en kopi af regningen for både de ødelagte briller og de nye briller.

Bemærk venligst, at vi kan anmode om originalregningen for de nye briller.

# BRILLEANMELDELSE | Arbejdsskadeforsikring



Anvendes kun ved beskadigelse af briller/kontaktlinser/høreapparater

|                                  |                         |             |  |
|----------------------------------|-------------------------|-------------|--|
| Virksomhedens Forsikringsselskab | Virksomhedens policenr. |             |  |
| Virksomhedens navn               | Cvr-nr.                 |             |  |
| Adresse                          | Postnr.                 | By          |  |
| Kontaktperson                    | Telefon                 | Mailadresse |  |

## Tilskadekomne

|                                                                                                     |               |         |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|-------------|
| Navn                                                                                                |               | Cpr-nr. |             |
| Adresse                                                                                             |               | Postnr. | By          |
| Telefon                                                                                             | Træffes Bedst |         | Mailadresse |
| Kontooplysninger                                                                                    |               |         |             |
| Er tilskadekomne ansat hos arbejdsgiver<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |               |         |             |
| Medlem af "Danmark"<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej                     |               | Gruppe  |             |

## Oplysninger om skaden

|                                                                                                                 |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Hvornår skete skaden? (Dato og tidspunkt)                                                                       |                                                    |
| Hvor skete skaden?                                                                                              |                                                    |
| I hvilken anledning, opholdt tilskadekomne sig, på stedet?                                                      |                                                    |
| Hvilket arbejde var tilskadekomne i gang med, da skaden skete?                                                  |                                                    |
| Havde tilskadekomne brillerne på, da skaden skete?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  | Hvis nej, hvor opbevarede tilskadekomne brillerne? |
| Hvad var årsagen til, at brillerne blev beskadiget?                                                             |                                                    |
| Hvilken slags briller er der tale om?                                                                           |                                                    |
| Har arbejdsgiver betalt for de beskadigede briller?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                                    |
| Hvem er anmelder?                                                                                               |                                                    |