

Skadeanmeldelse brilleoplysningsskema

DiBa

- vi g'r dig bedre råd

Navn forsikringstager:

Police- eller skadenr.:

Adresse:

Tlf.nr.:

Postnr. og by:

Cpr. nr.:

E-mail:

Udfyldes af skadelidte

Hvad kostede de beklagede/stjålnede briller?: _____ kr.	Købt den: ____ / ____ 20____
Hvor er brillerne købt? (butiksnavn og adresse):	
Er du medlem af Sygeforsikringen Danmark? : <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	

Udfyldes af optiker

Hvilken del af brillerne er beskadiget?: <input type="checkbox"/> stel <input type="checkbox"/> højre glas <input type="checkbox"/> venstre glas						
Kan brillerne repareres?: <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, anslået pris for reparationen: _____ kr.						
Hvis nej, er nyt brillestel af samme prisklasse som det gamle?: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, prisforskel: _____ kr.						
Oplysninger om	Enkeltstyrke	Bifocal	Progressiv	Tone	Anti	Farveskift
- gamle glas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nye glas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis glastypen er ændret, hvor meget udgør prisforskellen?: _____ kr.						
Gamle briller:	H	Sph <input type="checkbox"/>	Cyl <input type="checkbox"/>	Axe <input type="checkbox"/>	Add <input type="checkbox"/>	
	V	Sph <input type="checkbox"/>	Cyl <input type="checkbox"/>	Axe <input type="checkbox"/>	Add <input type="checkbox"/>	
Nye briller:	H	Sph <input type="checkbox"/>	Cyl <input type="checkbox"/>	Axe <input type="checkbox"/>	Add <input type="checkbox"/>	
	V	Sph <input type="checkbox"/>	Cyl <input type="checkbox"/>	Axe <input type="checkbox"/>	Add <input type="checkbox"/>	
Pris for nye briller: _____ kr.						
- tilskud: _____ kr.						
Pris netto: _____ kr. Dato: ____ / ____ 20____						
						Underskrift _____

Underskrift

Jeg erklærer herved, at de oplysninger jeg har givet, svarer til de faktiske forhold.	
Erstatning kan indsættes på min konto, reg.nr. _____ kontonr. _____	
_____ den ____ / ____ 20____	_____
Underskrift	

DiBa Forsikring, Axeltorv 4, 4700 Næstved, tlf. 5575 4900, fax 5575 4901, skade@diba.dkwww.diba.dk