

# Optikerrapport Glasögon



Bolagets noteringar: Bolag, bolagsnr
--------------------------------------

Försäkringstagarens namn och adress
-------------------------------------

**Obs! Denna blankett ska fyllas i av optikern.**

Försäkringsnr	Skadenr	
Personnr	Telefon arbete	Telefon bostad
Ersättning önskas till <input type="checkbox"/> Plusgiro <input type="checkbox"/> Bankgiro <input type="checkbox"/> Bankkonto	Nummer (inkl. clearingnr)	

Skadedag	Kan skadade glasögon lagas? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När köptes glasögonen? År, månad
Vad kostade de skadade glasögonen?	Pris på nya glasögon av motsv. kvalitet?	

## Övriga kommentarer


**FÖRSÄKRINGEN ERSÄTTER EJ SYNTTEST VID UTPROVNING AV NYA GLASÖGON**

## Uppgifterna lämnade av optiker

Ort och datum	Telefonnr
Namn	