

## Tryggingartakari

|                   |         |                       |  |
|-------------------|---------|-----------------------|--|
| Navn / Virkisnavn |         | Føðingardagur / V-tal | MVG-skrásettur<br>Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Bústaður          |         | Postnummar            | Bygd/Býur  |
| Kontaktpersónur   |         |                       | Kontonr.   |
| Tel. heima        | Fartel. | Tel. arb.             | Teldupostadressa   |

## Skaðahendingin

Nær er skaðin hendur: \_\_\_\_\_ Klokkan (0-24) \_\_\_\_\_

Fritíðarstað/ferðamál/hotel: \_\_\_\_\_

Fráferð úr Føroyum: \_\_\_\_\_ Viðari fráferð uttanlanda, t.d charterferð: \_\_\_\_\_

Aftur í t.d. Danmark frá charterferð: \_\_\_\_\_

Heimkoma til Føroya (uppruna): \_\_\_\_\_

Bleiv, um talan er um broyting, broytt til: \_\_\_\_\_

Ferðin snúði seg um:  Fritíð  Fritíð og vinnu  
 Vinnu  Annað \_\_\_\_\_

Upplýsingar um sjúkuna/ferðsalitið:

Nær var læknaviðgerð/-viðtala (hvør vitjan skal tilskilast): \_\_\_\_\_

Sjúkralega: Frá: \_\_\_\_\_ Til: \_\_\_\_\_

Seingjalega við læknávátan: Frá: \_\_\_\_\_ Til: \_\_\_\_\_



**Betri Trygging P/F**  
 Kongabrugvin  
 Postsmoga 329  
 110 Tórshavn

Tel +298 345 600  
 betri@trygging.fo  
 www.betri.fo

|               |           |              |
|---------------|-----------|--------------|
| Tryggingarnr. | Skaðanr.: | Hending nr.: |
|---------------|-----------|--------------|

Varð tú flutt/ur heim? Ja  Nei  Nær: \_\_\_\_\_

Hevur tú havt somu sjúku áður? Ja  Nei  Ár: \_\_\_\_\_ Mánaður: \_\_\_\_\_

Lækni: \_\_\_\_\_ Bústaður: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

## Endurgjaldskrav

| Hvussu gert tú kravið upp? (váttan skal fylgja við) | Skulu rokningarnar gjaldast beinleiðis uttanlands?       | Upphædd |
|---|--|---------|
|   | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |         |
|   | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |         |
|   | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |         |
|   | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |         |
|   | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |         |
|   | Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |         |
| <b>Íalt</b>   |  |         |

Er nakað goldið ávegis í sambandi við omanfyrinevnda skaða? Ja  Nei

Um ja, hvussu nógv: \_\_\_\_\_ Útgoldið tann: \_\_\_\_\_ Av: \_\_\_\_\_

Hvørjum gjaldkorti er ferðin keypt við: \_\_\_\_\_

## Er trygging umfatandi sama váða teknað í øðrum tryggingarfelag:

Tryggingarfelag: \_\_\_\_\_ Tryggingar nr.: \_\_\_\_\_

Er skaðin fráboðaður teimum? Ja  Nei

## Dagfesting og undirskrift

\_\_\_\_\_  
Staður

\_\_\_\_\_  
Dagfesting

\_\_\_\_\_  
Undirskrift

Tryggingarfelagið skal hava avrit av ferðaseðli, ið kann skjalprógva sjálva ferðina.

Allir spurningar mugu vera svaraðir, fyri at málið kann viðgerast.