

Skaðafráboðan um vanlukkuutilburð

Skaðamál nr. /

- Er talan um líkamskaða, skal serstøk læknaváttan útfyllast.
- Er talan um tannskaða, skal serstøk tannlæknaváttan útfyllast.

Tryggingartakari	Fornavn og eftirnavn		Tryggingarnr.
	Bústaður		Kundanr.
	Postnr.	Býur/bygd	Telefonnr.
Skal ikki útfyllast (til nýtslu hjá Trygd)	Tryggingarviðurskiftini eru <input type="checkbox"/> í lagi <input type="checkbox"/> ikki í lagi <input type="checkbox"/> eingin trygging		
Tann skaddi	Navn		P-tal
	Bústaður		
	Postnr.	Býur/bygd	
	Tryggingarnr.	Telefonnr.	
	Kommunulækni		
	Peningastovnur tygara	Kontunr.	
Vanlukkuutilburðurin	Nær hendi skaðin? (dd-mm-áááá)	Klokkan	
	Skaðin hendi <input type="checkbox"/> í egnum arbeiði <input type="checkbox"/> heima <input type="checkbox"/> í sambandi við ítrótt <input type="checkbox"/> í arbeiði fyri onnur (skriva t.d. navn á arbeiðsgevara):		
Líkamsskaði	Hvat slag av skaða er talan um? (skriva, um talan er um brot, keiking e.a.)		
	Hvør líkamslutur er skaddur?		
	Greið neyvari frá skaðaorsøkini og avleiðingum hennara: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Likamsskaði	Nær var fyrsta læknakanning eftir tilburðin (dd-mm-áááá)?
	Hvörjum er tann skaddi nú til viðgerðar hjá?
Tannskaði	Nær var fyrsta tannlæknakanning eftir tilburðin (dd-mm-áááá)?
	Hvörjum er tann skaddi nú til viðgerðar hjá?
Skaði á brillur, kontaktlinsur, tannprotesu ella aðra protesu	Hvat er skatt? <input type="checkbox"/> Brillur <input type="checkbox"/> Brilluglós <input type="checkbox"/> Brillustell <input type="checkbox"/> Kontaktlinsur <input type="checkbox"/> Tannprotesa <input type="checkbox"/> Onnur protesa. Hvør?
	Hvat var orsök til, at nevndi lutur varð skaddur, og hvat varð skatt? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	Hava tygum fyrr verið fyri skaða? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
	Um ja, hvar og nær hendi tilburðurin, og er hann fráboðaður einum tryggingarfelag? _____ _____ _____ _____
Undirskrift tryggingartakarans	Undirritaði váttaf við trú og heiður, at givnu upplýsingar eru sannar. _____ tann _____ 20 _____ <p style="text-align: right;">Undirskrift tryggingartakarans</p>
<p>Samtykt frá tí skadda</p> <p>Eg samtykki við hesum, at Trygd kann útvega og víðarigeva allar upplýsingar, sum neyðugar eru fyri avgreiðsluna í málinum, so sum upplýsingar frá heilsumyndugleikum, almannaverki o.ø.</p> <p>Dagfesting og undirskrift _____</p>	