

UNFALL-ANZEIGE

VOM VERLETZTEN AUSZUFÜLLEN UND DEM FMS-SEKRETARIAT (FMS Sport, Zürcherstrasse 305, 8500 Frauenfeld) INNERT 5 TAGEN NACH DEM UNFALL ZUZUSTELLEN

Fahrer:	Name	Vorname		
	Strasse	Ort		
	Geburtsdatum	Zivilstand		
Lizenz:	Disziplin	Kategorie	Klasse	N°

Unfall:	Veranstaltung	FMS Nr.	FIM Nr.
	Datum	Zeit	
	Während des Rennens verunfallt <input type="checkbox"/>	- des Pflichttrainings <input type="checkbox"/>	- des Freitrainings <input type="checkbox"/>
	Wetterverhältnisse	Pistenzustand	
Unfallhergang (kurze Beschreibung)			
Zeugen des Unfalls (Name/Adresse)			
Verletzungen:	Name / Adresse des behandelnden Arztes		
	Verletzung		
	Arbeitsunfähigkeit 100% <input type="checkbox"/>%	

UNBEDINGT ERFORDERLICHE ANGABEN

Versicherung: Name der eigenen Unfallversicherungen
Nr. der Policen

Wir erinnern Sie daran, dass die Lizenzversicherung weder Heilkosten noch Lohnausfall deckt.

Erklärung

Der Verletzte bekennt, dass Anspruch auf Invaliditätsentschädigung spätestens innerhalb einer Frist von 15 Monaten seit dem Unfalltag geltend zu machen ist. Weiter wird erklärt, dass alle Fragen richtig beantwortet sind.

Alle Ärzte, die mich bisher behandelt haben und in Zukunft behandeln werden, entbinde ich hiermit der Gesellschaft gegenüber von ihrer Schweigepflicht, auch über meinen Tod hinaus. Ausserdem ermächtige ich andere Versicherungsgesellschaften, Versicherungsträger und Behörden, der Gesellschaft die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Datum

Unterschrift

Visa Sport-Kommissär der Veranstaltung