



Kategorie:

Startnummer:

NOTFALLBLATT MOFACUP 2019

Name und Vorname:

Strasse und Haus Nr.:

Land / PLZ / Ort:

Telefon Nr.: AHV-Nr.:

Geburtsdatum: Zivilstand:

Konfession: Beruf:

Hausarzt:

..... Telefon Nr.:

Arbeitgeber:

..... Telefon Nr.:

Unfallversicherung:

Krankenkasse:

Spital Abteilung: Allgemein Halbprivat Privat

Zusatzversicherung Unfall abgeschlossen: Ja Nein

Versicherung für Rücktransport: Ja Nein

Wenn ja, bei: Telefon Nr.:

- Ich befreie Arzt, Rettungsdienst, Spital bei einem Zwischenfall von der ärztlichen Schweigepflicht, bei Fragen von Mitgliedern der Rettungskette, OK Präsident, Rennleitung, Notfallkontakt.
- Nein, ich erteile keine Auskunftsfreigabe im Falle eines Zwischenfalls gegenüber Dritten.

Folgende Angaben können freiwillig gemacht werden und werden streng vertraulich behandelt.

Blutgruppe: Rhesus-Faktor:

Allfällige Allergien gegen Medikamente:

Weitere spezielle Angaben:

Bei einem Unfall sind zu benachrichtigen:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

Dieses Formular bitte mit dem Lizenzgesuch ausgefüllt an: Sandra Gutknecht, SAM-Administration, Bahnhofstrasse 27, 8259 Etwilen senden. Oder per E-Mail: s.gutknecht@s-a-m.ch.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend bei einem Unfall versichert bin und das SAM Rennfahrer-Reglement gelesen habe und anerkenne. Ich verzichte ausdrücklich darauf, im Falle eines Unfalles und / oder Schadenfalles den Verband SAM beziehungsweise seine Kommissionen und Funktionäre, den Veranstalter sowie andere Fahrer bzw. deren Betreuer oder Angehörigen, für allfällige Ansprüche haftbar zu machen. Ich nehme zur Kenntnis, dass es mir selber obliegt, mich für alle möglichen Schadenfälle privat abzusichern (versichern) oder das Risiko vollumfänglich selber zu tragen habe.

Ort / Datum: Unterschrift:

Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: