

DECLARATION D'ACCIDENT

A REMPLIR PAR LE BLESSE ET A RETOURNER AU SECRETARIAT FMS (FMS Sport, Zürcherstrasse 376, 8500 Frauenfeld) DANS LES 5 JOURS APRES L'ACCIDENT

Coureur:	Nom	Prénom		
	Rue	Lieu		
	Date de naissance	Etat civil		
Licence:	Discipline	Catégorie	Classe	N°

Accident:	Manifestation	FMS No	FIM No	
	Date	Heure		
accidenté pendant la course <input type="checkbox"/> l'entraînement obligatoire <input type="checkbox"/> l'entraînement libre <input type="checkbox"/>				
Conditions atmosphériques		état de la piste		
Description de l'accident (bref et complet)				
Témoin de l'accident (nom et adresse)				
Blessures:	Nom / Adresse du médecin traitant			
	Lésions			
Incapacité de travail 100% <input type="checkbox"/>	%		

INDICATIONS INDISPENSABLES

Assurance: Nom des assurances personnelles

No des polices

Nous vous rappelons que l'assurance licence ne couvre ni frais de guérison, ni perte de salaire.

DECLARATION

Le blessé est au courant du fait qu'une demande d'indemnité pour invalidité doit être déposée au plus tard 15 mois après le jour de l'accident. D'autre part, il est certifié que toutes les réponses sont conformes à la vérité. Je délie de leur obligation de secret professionnel à l'égard de la Compagnie tous les médecins qui m'ont soigné ou qui me soigneront à l'avenir et cela même après mon décès. En outre, je donne pouvoir à d'autres compagnies, assureurs et autorités de renseigner la Compagnie.

Date

Signature

Visa du commissaire sportif de la manifestation
Visa Sport-Kommissär der Veranstaltung