



Remo Geiser / SAM-Mofacross-Administration
Eschenstrasse 26
6005 Luzern
078 727 00 14
r.geiser@s-a-m.ch

www.s-a-m.ch

www.sam-mofacross.ch

Kategorie: Start Nr.:

NOTFALLBLATT MOFACROSS 2019

Name: Vorname:

Strasse: Haus Nr.

PLZ: Ort / Land:

Tel: AHV-Nr.

Geburtsdatum: Zivilstand:

Konfession: Beruf:

Hausarzt: Tel:

Arbeitgeber: Tel:

Unfallversicherung: Tel:

Krankenkasse: Tel:

Versicherungsmodell: Allgemein Halbprivat Privat

Zusatzversicherung abgeschlossen: JA NEIN

Rücktransportversicherung: JA NEIN Falls JA:

Name Rücktransportversicherung: Tel:

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: Tel:

2: Tel:

Dieses Formular mit dem Lizenzgesuch senden an: Siehe Adresse Blattkopf

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 Veranstalter SAM beziehungsweise seine Kommissionen / Funktionäre 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: