

DECLARATION DE SINISTRE

(à retourner à EGERIS ou à son représentant)

NOTIFY RACE / ON TRACK CLAIM

(to be emailed, faxed or posted to EGERIS or their approved agent)

Nom du Team / Team name :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Adresse / Address :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Code Postal / Post code :	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Localité / City	<input style="width: 150px;" type="text"/>	
Téléphone - Fax - Portable / Telephone - Fax - Mobile :	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	
Email / Email :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nom/prénom du pilote / Driver's surname/forename :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
N° de police / Policy No.	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Date de l'accident / Date of accident :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Heure de l'accident / Time of accident :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Circuit :	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Nom de la courbe / Name of corner on circuit	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Le pilote a-t-il été blessé? Was the driver hurt?	oui yes <input type="checkbox"/>	non no <input type="checkbox"/>		
A-t-il reçu des soins? Did he receive medical attention?	oui yes <input type="checkbox"/>	non no <input type="checkbox"/>		
Est il en mesure de piloter sous 2 semaines? Is he likely to be able to race within the next 14 days?	oui yes <input type="checkbox"/>	non no <input type="checkbox"/>		
L'accident s'est produit pendant le (la) (les) : Was the accident during :	Essais Testing <input type="checkbox"/>	Qualifications Qualifying <input type="checkbox"/>	Warm-up <input type="checkbox"/>	Course Race <input type="checkbox"/>
Conditions météorologiques / Etat de la piste Weather conditions / Track surface	sec dry <input type="checkbox"/>	humide wet <input type="checkbox"/>	gras greasy <input type="checkbox"/>	glace icy <input type="checkbox"/>
Circonstances détaillées de l'accident (nom des autres pilotes impliqués, s'il y a lieu) : Full details of accident (including names of other pilots involved if applicable) :	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>			
Véhicule : Marque / Modèle Vehicle : Make / Model	<input style="width: 100%;" type="text"/>			
Dégâts / Parts damaged :	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>			
Montant des dommages estimés : Estimated total damages	<input style="width: 150px;" type="text"/>	€		
Lieu de garage en cas d'expertise : Current whereabouts of the vehicle in case insurers wish to carry out an inspection	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>			

Je soussigné..... agissant en qualité de

certifie que toutes les déclarations et réponses faites au présent formulaire sont complètes, sincères et à ma connaissance véritables.

In submitting this claim form, I / we, the undersigned.....acting as.....

declare that the above statements and particulars are true and complete to the best of my / our knowledge and belief and that no material facts have been withheld, misrepresented or mis-stated.

Fait à / Drawn up in

le / date

Signature