

FORMULARIO UNICO DE DENUNCIAS DE ACCIDENTES
Fondo Solidario UAR

(ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 15 DÍAS HABILES DEL ACCIDENTE CONFORME EL ART. 11 DEL REGLAMENTO FONDO SOLIDARIO)

1.- Datos del Accidentado:

Apellido y Nombres:.....
Nº de afiliación U.A.R.:..... DNI / CI:.....
Fecha de Nacimiento:...../...../..... Edad:..... Estado Civil:.....
Domicilio:..... Nº:..... Piso /Dpto.:..... TEL:.....
Localidad:..... Provincia:..... CP:.....
Club al que Pertenece:..... Puesto:.....
Unión de afiliación:.....

2.- Datos del Accidente:

Fecha del Accidente: /..... /..... Hora:.....
Cancha:..... División:.....
Club Local: Club visitante:

Se produjo en: (marcar con una "x" lo que corresponda)

PARTIDO OFICIAL: ____ PARTIDO AMISTOSO: ____ ENTRENAMIENTO: ____

3.- Datos sobre Cobertura: (tachar lo que no corresponda)

A) ¿Tiene Obra Social? SI / NO ¿Cual?

B) ¿Tiene Medicina Pre-Paga? SI / NO ¿Cual?

C) ¿Tiene Apto Médico en la Unión de origen? SI / NO

Observaciones (*):

.....
.....
.....

(*): Se indicará aquí cualquier circunstancia por la cual la O. S. o la Med. Prepaga, o el servicio que fuere, no reconociera el total o parte de los servicios o implementos médicos necesarios para la atención del accidentado.-

Exclusivo para menores de 21 años (completar obligatoriamente)

Madre: DNI Firma

Padre: DNI Firma

En caso de padres separados, indicar quien tiene la guarda actual del menor legal, convencional o de hecho: Padre – Madre (tachar lo que no corresponda)

Indique a nombre de quién desea que se confeccione el cheque, en caso de reintegro:

Padre – Madre (tachar lo que no corresponda)

Los datos consignados en el presente formulario tienen carácter de Declaración Jurada.

Lugar y fecha:/...../.....

.....
Firma del accidentado

.....
Firma del Presidente o
Secretario del Club

.....
Firma del Presidente o
Secretario Unión Local

.....
Aclaración

.....
Aclaración

.....
Aclaración

