

FORMULARIO UNICO DE DENUNCIAS DE ACCIDENTES

Fondo Solidario UAR

(ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE DENTRO DE LOS 30 DIAS CORRIDOS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE CONFORME AL ART.11 DEL REGLAMENTO FONDO SOLIDARIO)

1. Datos del Accidentado:

FECHA: _____

Apellido y Nombres: _____

N° de Afiliación U.A.R.: _____ DNI/CI: _____ N°: _____ Estado Civil: _____

Domicilio _____ N° _____ Piso/Dpto _____ Tel _____

Localidad _____ Provincia _____ CP _____

CLUB _____ Puesto _____

UNION DE AFILIACION _____

2. Datos del Accidente:

Fecha del Accidente: _____ Hora: _____

Cancha: _____ Division: _____

Club Local: _____ Club Visitante: _____

Partido: _____

3. Datos sobre Cobertura:

A) Tiene Obra Social ? _____ Cual ? _____

B) Tiene Medicina Pre Paga ? _____ Cual ? _____

C) Tiene Apto Medico en la Union de Origen ? _____

Observaciones (*):

(* Se indicara aqui cualquier circunstancia por lo cual la O.S. o la Med. Prepaga, o el servicio que fuere, no reconociera el total o parte de los servicios o implementos medicos necesarios para la atencion del accidentado.-

Exclusivo para menores de 18 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:

Guarda: _____

En caso de padres separados, indicar quien tiene la guarda actual del menor legal, convencional o de hecho:

Confeccionar _____

Los datos consignados en el presente formulario tienen caracter de DECLARACION JURADA

Lugar: _____

Fecha: _____

Firma del Accidentado: _____

Firma Presidente
Secretario del Club: _____

Firma Presidente
Secretario de la Union: _____

Aclaracion: _____

Aclaracion: _____

Aclaracion: _____