

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 Perteneces:..... 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 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: 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

FORMULARIO UNICO DE PARTE MEDICO

Fondo Solidario UAR

(ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE UNA VEZ FINALIZADA LA ATENCIÓN DEL ACCIDENTADO, CONJUNTAMENTE CON TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE INDICA EN EL

Para ser completado por el Médico:

a) Descripción de las Lesiones. (*)

(*) Se requiere la descripción de la lesión lo más detalladamente posible, incluyendo su localización anatómica.

b) Curación que le fue practicada:

c) Tratamiento que le ha sido prescripto:

d) Consecuencias del Accidente (tachar lo que no corresponda):

¿Qué consecuencias ha tenido o cree posibles que puede tener el accidente?

¿Puede producir la muerte? SI / NO

¿La inhabilitación permanente? SI / NO ABSOLUTA / PARCIAL

¿Días aproximados de curación de las lesiones? días.-

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

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

Firma del accidentado

Firma del Médico

Firma del Presidente o
Secretario Unión Local

Aclaración

Aclaración

Aclaración

Para ser llenado por la Autoridad Médica UAR