

**FORMULARIO ÚNICO DE DENUCIAS DE ACCIDENTES**  
**FONDO SOLIDARIO ATAH**

**Expte :**

**F D1**

( ESTE FORMULARIO DEBE SER PRESENTADO DENTRO DE LOS 15 DIAS CORRIDOS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE CONFORME AL ART 11 REGLAMENTO FONDO SOLIDARIO )

**1.- Datos del Accidentado :**

Apellido y Nombres : \_\_\_\_\_

D.N.I : \_\_\_\_\_ Nro Afiliación ATAH : \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_ Nro : \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_

Localidad : \_\_\_\_\_ Provincia : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_

Club al que pertenece : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

¿ **Como aconteció ?** \_\_\_\_\_

**Partes Lesionadas:** \_\_\_\_\_

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

a).- ¿ Tiene Obra Social o medicina Pre-Paga ? : SI / NO Cual : \_\_\_\_\_

b).- ¿ Tiene Apto Medico presentado ? : SI / NO

**Exclusivo para menores de 18 años : ( Completar Obligatoriamente )**

Madre : \_\_\_\_\_ D.N.I. : \_\_\_\_\_ Firma : \_\_\_\_\_

Padre : \_\_\_\_\_ D.N.I. : \_\_\_\_\_ 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 caracter de Declaración Jurada**

Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Accidentado

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente o Secretario del Club

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Aclaración

(\*) Firmar si es Accidente en Entrenamiento