

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