

**FORMULARIO ÚNICO DE DENUNCIAS DE ACCIDENTES**  
**FONDO SOLIDARIO U.A.R.**

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

**1- Datos del accidentado:**

Apellido y Nombres:.....  
N° de Afiliación U.A.R.:..... D.N.I. / C. I. N° .....  
Fecha de Nacimiento:...../...../.....Edad:.....Estado Civil:.....  
Domicilio:.....N°.....Piso/Dpto.:.....Tel.:.....  
Localidad:.....Provincia:.....Cód.Postal:.....  
Club al que pertenece:.....Puesto:.....  
Unión de Afiliación: Unión de Rugby de Buenos Aires (U.R.B.A.)-

**2 – Datos del accidente:**

Fecha del accidente:...../...../..... Hora:.....  
Cancha:..... División:.....  
Club Local:..... Club Visitante:.....  
Se produjo en:(marcar con "x" lo que corresponda): **Partido Oficial:**..... **Partido Amistoso:**..... **Entrenamiento:** .....

**3 – Datos sobre Cobertura: (tachar lo que no corresponda)**

A) ¿Tiene Obra Social ? SI / NO ¿Cuál ? .....  
B) ¿ Tiene Medicina Pre-Paga ? SI / NO ¿Cuál ? .....  
C) ¿ Tiene Apto Médico en la Unión de origen ? SI / NO  
Observaciones (\*): .....

(\*) Se indicará aquí cualquier circunstancia por la cual la Obra Social o Medicina 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 inclusive (completar obligatoriamente)**

Nombre y Apellido de la Madre:.....  
D.N.I.N° .....  
Nombre y Apellido del Padre:.....  
D.N.I.N° .....  
En caso de padres separados, indicar quien tiene la guarda actual del menor legal, convencional o de hecho (tachar lo que no corresponda): Padre - Madre

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

..... Firma del Accidentado	..... Firma del Presidente o Secretario Club	..... Firma del Presidente o Secretario U.R.B.A.
..... Aclaración	..... Aclaración	..... Aclaración

**FORMULARIO ÚNICO DE PARTE MÉDICO**  
**FONDO SOLIDARIO U.A.R.**

(ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE UNA VEZ FINALIZADA LA ATENCIÓN DEL ACCIDENTADO, CONJUNTAMENTE CON TODA LA DOCUMENTACIÓN QUE SE INDICA EN EL ART.11º, incs.: “b”, “c”, “e”, “f” y “g”)

**Para ser completado por el Médico:**

a) Descripción de las lesiones (\*): .....

.....

.....

.....

.....

(\* Se requiere la descripción de la lesión lo más detallada posible, incluyendo su localización anatómica.-

b) Curación que le fue practicada: .....

.....

.....

.....

.....

c) Tratamiento que le ha sido prescrito: .....

.....

.....

.....

.....

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

Que 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 Oficial	..... Firma del Presidente o Secretario Club
--------------------------------	-----------------------------------	--

..... Aclaración	..... Aclaración y Matrícula	..... Aclaración
---------------------	---------------------------------	---------------------

.....  
Firma del Presidente o Secretario  
U.R.B.A.

.....  
Aclaración

**Para ser llenado por la Autoridad Médica de la U.A.R.**

.....

.....

.....

.....

.....