



## FORMULARIO PARA INGRESO DE DENUNCIAS

### DATOS DENUNCIANTE

Apellido y Nombres	DNI	Rol	Teléfono

### TOMADOR

Apellido y Nombres o Razon Social		
Federación de Voleibol Argentina FE.V.A.		
DNI - CUIT	Calle	Número - Piso
30-70862374-8	Ciudad de la Paz	2544
Cod. Postal	Localidad	Provincia
1428	Capital Federal	Buenos Aires

### ACCIDENTADO

Apellido y Nombres		Fecha Nacimiento
DNI	Dirección	¿Zurdo o Diestro?
Cod. Postal	Localidad	Provincia

### DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha de ocurrencia	Hora	Teléfonos de contacto
Lugar donde se produjo		
Cod. Postal	Localidad	Provincia

### Descripción del hecho (Por el denunciante)

--

### Sanatorio, Hospital (Lugar de asistencia inicial)

----------

### MUY IMPORTANTE

- 1.- Denunciar dentro de las 48Hs el **SINIESTRO**.
- 2.- La denuncia debe estar acompañada por el certificado médico (firmado, sellado por el profesional que lo asistió, y especificando el diagnostico y tratamiento).
- 3.- Todos los gastos de asistencia médica y farmaceutica quedarán a cargo del socio hasta que se presenten los comprobantes de tal asistencia para el correspondiente reintegro hasta la Suma Asegurada en póliza.-