

NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN ESTATAL:

NOMBRE DEL AFECTADO

**RESUMEN DE GASTOS:**

CONCEPTO	NUMERO DE FACTURA	CANTIDAD
<b>MONTO TOTAL RECLAMADO</b>		

**ESTUDIOS QUE PRESENTA:**

RADIOGRAFIAS \_\_\_\_\_ TOMOGRAFIAS \_\_\_\_\_ RESONANCIA \_\_\_\_\_ ULTRASONIDO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

**INDICAR EL CASO QUE CORRESPONDE:**

EL ATLETA HA SIDO DADO DE ALTA Y YA NO PRESENTARÁ MAS RECLAMACIONES POR ESTA LESION

EL ATLETA NO HA SIDO DADO DE ALTA Y SE PRESENTARAN MAS RECLAMACIONES EN EL FUTURO

**INFORMACION PARA EL PAGO DEL SINIESTRO**

EL CHEQUE SE PAGARA A NOMBRE DE: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO DE CONFIRMACION: \_\_\_\_\_

LUGAR:

FECHA:

NOMBRE Y FIRMA DEL PRESIDENTE DE ASOCIACIÓN:

**TODAS LAS SOLICITUDES DE REEMBOLSO SERÁN EVALUADAS POR LA COMISIÓN DEL SEGURO Y EN CASO DE COMPROBARSE DOLO, MALA INTENCIÓN Y/O FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS, POR PARTE DEL CLUB O ASOCIACIÓN ESTATAL, LA FEDERACIÓN RECHAZARÁ DICHAS SOLICITUDES Y SE RESERVA EL DERECHO DE SANCIONAR AL QUE RESULTE RESPONSABLE.**

FEDERACION MEXICANA DE TAEKWONDO A.C.

RFC: FMT900621 K89

DIRECCION: AV. RIO CHURUBUSCO S/N PUERTA 9 CD DEPORTIVA

COL. EX EJIDO MAGDALENA MIXHUCA

DELEGACION IZTACALCO, MEXICO D.F. CP 08010