

PERSONALES

MEDICOS

AFILIADO

BENEFICIARIO

FECHA	Rut
-------	-----

Nombre Completo			
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil	
Domicilio Particular	Número	Depto.	Comuna
Ciudad	Teléfono	Celular	e-mail obligatorio

Medico Responsable	
Nombre:	
No. Col. Medico / RUT:	
<div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; margin-top: 50px;">Firma y Timbre</div>	
El Médico que suscribe declara que el Sr: _____ se encuentra	
Apto	Alergico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
inapto	Especificar _____
Condicional	Especificar _____
Declaro que mi sistema de previsión es:	Isapre: _____ Fonasa: _____ Particular: _____

Asociación	Pase Asociación Firma y Timbre
Club	
Categoría	

En caso de fallecimiento por causa de un accidente, declaro como beneficiario a la persona o las personas, cuyo(s) nombre(s) designo con tal carácter

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Rut	Parentesco	% Beneficio

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales, con derecho a acrecer, salvo estipulación expresa de lo contrario. Al dejar en blanco se entenderá como beneficiario a los herederos testamentarios.

El solicitante declara conocer los reglamentos del Código Internacional FIA y los de FADECH que se compromete a respetar y acatar.

Firma

Declaro bajo juramento que los datos consignados son expresión fiel de la realidad