

PERSONALES

FECHA	Rut																	
<b>Nombre Completo</b>																		
Fecha de Nacimiento				Nacionalidad				Estado Civil										
Domicilio Particular					Número				Depto.				Comuna					
Ciudad				Teléfono				Celular				e-mail obligatorio						

MEDICOS

<b>Medico Responsable</b>			
Nombre:			
No. Col. Medico / RUT:			
<div style="text-align: center; margin-top: 50px;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma y Timbre</p> </div>			
El Médico que suscribe declara que el Sr: _____ se encuentra			
Apto		Alergico si	<input type="checkbox"/>
inapto		Especificar	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Condicional		Especificar	
Declaro que mi sistema de previsión es:		Isapre:	Fonasa: Particular:

AFILIADO

Asociación	Pase Asociación Firma y Timbre
Club	
Categoría	

BENEFICIARIO

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