_____ ,_____ , _____ , 201__

Señores
Federacion del Rodeo Chileno
Presente

Nombres:_____ Apellidos:_____
Rut:_____-_____ Fecha de Accidente:_____
Teléfono:_____ Mail:_____
Asociación:_____ Club:_____

Uso de casco al momento del accidente: SI NO

Descripción del Accidente:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Tipo de Accidente: (marcar solo una opción)

Rodeo: ☐ Trabajando caballo: ☐ Entrenando Caballo: ☐

Automovilístico: ☐ Otros:_____

Sistema de Salud: Fonasa:_____ Isapre:_____ Otros:_____

N° Cuenta Bancaria: _____ Banco:_____ Tipo de cuenta:_____

Si es accidente de Rodeo:

Nombre del Rodeo:_____
Fecha del Rodeo:_____
Delegado del Rodeo:_____

Nota: Informo que la Compañía de Seguros realiza los reembolsos de Gastos Médicos después de la Utilización de su previsión de salud, en el caso de las boletas que usted haya pagado de manera particular debe Ir a Fonasa o Isapre y solicitar que les timbren las boletas que no tienen reembolso. Una vez tenga todas las boletas que pago de manera particular timbradas, favor enviar documentos a oficina de la Federación de Rodeo. En ACCIDENTE AUTOMOVILISTICOS la Compañía de Seguros realiza los reembolsos de Gastos Médicos después de la Utilización del seguro SOAP, una vez lo haya utilizado puede enviar las liquidaciones y podremos reembolsar la diferencia en caso que sea necesario, pero igual debe realizar la denuncia del accidente en la Federación del Rodeo