



		2025
--	--	------

Señores

Federación Nacional de Rodeo y Clubes de Huaso

Presente

Nombres:	_____	Apellido:	_____
Rut:	_____	Fecha del accidente:	_____
Teléfono:	_____	Mail:	_____
Asociación:	_____	Club:	_____

Uso de casco al momento del accidente: Descripción del Accidente:

Tipo de Accidente: (marcar solo una opción)

Rodeo:	☐	Trabajando caballo:	☐	Entrenando Caballo:	☐
Automovilístico	☐	Otro:			
:					

Rodeo:	Trabajando Caballo:	Entrenando Caballo:
Automovilístico:	Otro:	

FONASA:	ISAPRE	OTRO
---------	--------	------

Cuenta Bancaria

Banco:	Tipo de Cuenta	# de cuenta:
--------	----------------	--------------

Si el Accidente es en Rodeo:

Nombre del Rodeo:	Fecha:	Delegado:
-------------------	--------	-----------

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