



FONDO DE ASISTENCIA PARA EL DEPORTE AUTOMOTOR
CARTILLA AFILIACION DEPORTISTA

DATOS DE DEPORTISTA:		APORTE:	
NOMBRE:			
DNI:	TELEFONO:	E-MAIL:	
DIRECCION:			
DISTRITO:	PROVINCIA:	DEPARTAMENTO:	
LICENCIA DEPORTIVA:		LICENCIA MTC:	

DATOS DEL VEHICULO:			
PLACA:	MARCA:	MODELO:	AÑO:
LICENCIA DEPORTIVA:		ESPECIALIDAD:	

COBERTURA DEL FONDO FASDA:	
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	HASTA S/ 20,000.00 SOLES
INVALIDEZ TOTAL O PERMANENTE	HASTA S/ 20,000.00 SOLES
MUERTE POR ACCIDENTE	HASTA S/ 20,000.00 SOLES
GASTOS POR SEPELIO	HASTA S/ 10,000.00 SOLES

RESPONSABILIDAD CIVIL FRENTE A TERCEROS	HASTA S/ 70,000.00 SOLES (no ocupantes)
---	---

SEÑALAR LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL DEPORTISTA POR ACCIDENTE:			
NOMBRE DEL BENEFICIARIO:			
DNI:	TELEFONO:	E-MAIL:	
DIRECCION:			
DISTRITO:	PROVINCIA:	DEPARTAMENTO:	

DECLARACION:
Declaro que toda la información vertida en este documento, se signe a la verdad y entiendo
Todos los términos de la cobertura del fondo FASDA.

FIRMA DEL DEPORTISTA

DNI:

FECHA

FIRMA FEPAD