



ASOCIACION DE PILOTOS DE CHILE

DECLARACIÓN SIMPLE DE SALUD PARA EL AUTOSEGURO DE PERDIDA DE LICENCIA ASPCH.

YO (Nombre Asociado):

**DECLARO NO PADECER, HABER PADECIDO O ESTAR EN ESTUDIO DE
ALGUNA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE NO ME PERMITA MANTENER
MI LICENCIA DE PILOTOS COMERCIAL VIGENTE.**

DECLARO:

_____.

**Acepto y conozco el Reglamento del Autoseguro de Pérdida de
Licencia de la Asociación de Pilotos de Chile**

Rut: _____

Firma: _____

Santiago, _____ de 2015.