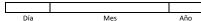
FORMULARIO DE AUTOEXCLUSIÓN CASINO COLCHAGUA





Día	Mes	Año

1. DATOS TITULAR					
Nombres		Apellidos			
RUT O N° Pasaporte (en caso de ser extranjero)			Nacionalidad		j
Fecha de Nacimiento					
Día Dirección Particular Calle	Mes Año		Número		1
Comuna	Ciudad		Región]
Dirección Correo Electrónico	Ciddad		пери]
Teléfono de Contacto Fijo		Celular]
Telefono de contacto	7				
Género: Femenino	Masculino		Color de Pelo	Peso	
Fecha de la Fotografía Día	Mes Año		Color de Ojos	Estatura	
Dia .	Wics Allo				
				ísicas visibles (Por ejemplo t	
				car la marca y el lugar en el c	ual se encuentra
			Describa:		
	FOTOGRAFIA				
(Fotografía tamaño pasaporte)					
(a colores tomada durante los últimos 30 días)					
los ditimos so diasy					
2 DATOS APODERADO		·			
Nombres		Apellidos]
RUT O N° Pasaporte (en caso de ser extranjero)			Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento		Relaciór	n o parentesco]
Día Dirección Particular Calle	Mes Año		Número		1
Comuna	Ciudad		Región]
Dirección Correo Electrónico	Ciddad		педіоп		
Teléfono de Contacto Fijo		Celular]]
Telefono de contacto	/	Celulai			
Género: Femenino	Masculino		Color de Pelo	Peso	
		<u> </u>			
Fecha de la Fotografía			Color de Ojos	Estatura	
Día	Mes Año			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
				ísicas visibles (Por ejemplo t car la marca y el lugar en el c	
			Describa:	car la marca y el lugar ell'el c	au Je encuentia
	FOTOGRAFIA				
(Fotografía tamaña nacanarta)					
(Fotografía tamaño pasaporte) (a colores tomada durante					
los últimos 30 días)					

3. DECLARACION

- 1. Declaro haber leído y entendido claramente este formulario.
- 2. Admito estar en conocimiento de que la Autoexclusión solo será valida exclusivamente en Casino Colchagua S.A.
- 3. Declaro que voluntariamente solicito que se me restrinja el ingreso o permanencia a las salas de juego de Casino Colchagua. Para ello, autorizo expresamente a Casino Colchagua S.A para que pueda controlar mi ingreso, solicitándome mi cédula de identidad. Asimismo, autorizo que se me solicite el abandono de las salas de juego y/o a que personal de Casino Colchagua me dé una charla de sensibilización acerca del proceso de autoexclusión, o bien, tome contacto con mi apoderado designado en el presente formularlo, informándole la situación en caso de hacer intento de ingresar a éstas.
- 4. Declaro conocer y aceptar que mis beneficios como socio del Club de Programa de Fidelización "Club Colchagua", quedarán suspendidos en un plazo máximo de 24 horas hábiles desde la presentación de este formulario, los que sólo se podrán reactivar, en caso de presentar una declaración de revocación de la autoexclusión.
- 5.- Declaro estar en conocimiento que la presente autoexclusión es de carácter indefinida, no obstante lo anterior, ésta puede ser revocada mediante la presentación de la Declaración de Revocación debidamente legalizada y firmada junto a mi apoderado ante Notario Público, pero esta revocación no podrá tener lugar antes de un mes calendario contado desde la entrada en vigencia de la Autoexclusión.
- 6.- Por medio del presente formulario, autorizo a Casino Colchagua S.A. para que con la misma finalidad de hacer efectiva mi Autoexclusión, haga uso de mis datos personales.
- 7.- En este contexto, declaro estar en pleno conocimiento, y entiendo que esta sociedad operadora si bien puede influir en mi actuar, ésta no puede garantizar totalmente el cumplimiento del objetivo del presente formulario de autoexclusión; no obstante, tomará todas las medidas y resguardos razonables para cumplir con la presente solicitud.
- 8.- Declaro además que Casino Colchagua, está legalmente amparado en virtud de la Circular N"44 de fecha 31 de diciembre de 2013

emitida por la Superintendencia de Casinos de Juego, para limitar mi acceso y/o en solicitarme el abandono de las salas de juego.

9.- Eximo a Casino Colchagua S.A., a sus directores, accionistas, guardias y empleados, de toda responsabilidad reclamo y/o

demanda ante la eventualidad de que el suscrito logre ingresar a la sala de juego teniendo una autoexclusión vigente.

ATOS A COMPLETAR POR Casino Colonagua S.A (una vez leganzado ante notario)								
	Fecha de Recepción	/	<u></u>					
		Día	Mes Año					
	Recibido por	<u>Nombre</u>						
irma Titulai	r			Firma Apoderado				