

FORMULARIO DE AUTOEXCLUSIÓN
CASINO COLCHAGUA



Día	Mes	Año

1. DATOS TITULAR

Nombres		Apellidos			
RUT O N° Pasaporte (en caso de ser extranjero)			Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento					
	Día	Mes	Año		
Dirección Particular	Calle		Número		
Comuna		Ciudad		Región	
Dirección Correo Electrónico					
Teléfono de Contacto	Fijo		Celular		

Género: Femenino		Masculino	
Fecha de la Fotografía			
	Día	Mes	Año
FOTOGRAFIA			
(Fotografía tamaño pasaporte) (a colores tomada durante los últimos 30 días)			
Color de Pelo		Peso	
Color de Ojos		Estatura	
Marcas físicas visibles (Por ejemplo tatuajes o lunares). Especificar la marca y el lugar en el cual se encuentra			
Describe:			

2.- DATOS APODERADO

Nombres		Apellidos			
RUT O N° Pasaporte (en caso de ser extranjero)			Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento			Relación o parentesco		
	Día	Mes	Año		
Dirección Particular	Calle		Número		
Comuna		Ciudad		Región	
Dirección Correo Electrónico					
Teléfono de Contacto	Fijo		Celular		

Género: Femenino		Masculino	
Fecha de la Fotografía			
	Día	Mes	Año
FOTOGRAFIA			
(Fotografía tamaño pasaporte) (a colores tomada durante los últimos 30 días)			
Color de Pelo		Peso	
Color de Ojos		Estatura	
Marcas físicas visibles (Por ejemplo tatuajes o lunares). Especificar la marca y el lugar en el cual se encuentra			
Describe:			

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 formulario, 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.

DATOS A COMPLETAR POR Casino Colchagua S.A (una vez legalizado ante notario)

Fecha de Recepción

	/		/	
Día		Mes		Año

Recibido por

Nombre _____

Firma Titular

Firma Apoderado