

PODER ESPECIAL

Por el presente instrumento, confiero mandato irrevocable a Pontificia Universidad Católica de Chile a través de RED DE SALUD UC CHRISTUS para que actuando esta por intermedio de quien designe, realice los tramites de reembolsos que correspondan ante la institución de salud previsual a la cual estoy afiliado actualmente, por las atenciones y prestaciones de salud brindadas por alguna o varias de las siguientes entidades; Hospital Clínico Universidad Católica de Chile, Clínica Universidad Católica S.A y Cooperativa de Servicio Asociación de Médicos del Hospital Clínico Universidad Católica de Chile; que se encuentran cubiertas por las referidas instituciones. Dentro de las facultades se comprenden las de cobrar y percibir Cualquier suma que resulte de la aplicación del presente mandato, comprar y adquirir bonos por cobertura de mi plan u órdenes de pago y firmar y suscribir cualquier documento que se requiera para la buena ejecución de este mandato.

De la misma manera, deixo constancia que sin perjuicio del mandato Conferido y de ser necesario, me obligo a colaborar con los trámites y gestiones que me sean solicitados.

DATOS DEL PACIENTE

Ap. Paterno _____
Ap. Materno _____
Nombres _____
RUN _____

DATOS DEL COTIZANTE

Ap. Paterno _____
Ap. Materno _____
Nombres _____
RUN _____
Isapre: _____
Firma cotizante.....
Correo electrónico.....

Huella

Santiago,.....de.....de 20..