**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 rembolsos que correspondan ante la institución de salud previsional 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, dejo 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 APCIENTE**

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..