

PODER SIMPLE

En Santiago a ___/___/_____

Yo, _____; Rut _____ autorizo a **Banchile Seguros De Vida S.A.**, para solicitar los antecedentes de mi Ficha Clínica que sean necesarios y procedentes, a juicio de la Clínica u Hospital _____, en relación con las atenciones que recibí en dicho centro asistencial con fecha _____ al _____; todo ello para efectos de determinar la cobertura y procedencia del reembolso de gastos médicos y hospitalarios, no cubiertos por mi seguro.

Libero a la Clínica de toda responsabilidad, por la entrega de tal información y así mismo por la utilización posterior de la misma o su difusión u otros hechos que puedan derivarse de la entrega de tales antecedentes a la entidad o persona designada para tal efecto.

Firma:

RUT:

Adjuntar fotocopia de C.I.