

PODER SIMPLE

_____, de _____ de _____

Yo _____ Rut _____

autorizo a _____ Rut _____

para que el pago otorgado en ISALUD Isapre de CODELCO SpA., por concepto de reembolsos, compra de bonos y/o presupuestos médicos, le sea entregado al portador antes mencionado. Al mismo tiempo, libero a la Isapre de toda responsabilidad por pérdida u otro problema posterior al pago correspondiente.

Firma del afiliado

Documentos adjuntos:

- Fotocopia Cédula de Identidad del cotizante
- Fotocopia Cédula de Identidad de la persona autorizada