

**FORMULARIO DE SUSCRIPCIÓN
CLÍNICA INDISA**
Cobertura con tope de \$ 24.000.000 sobre los copagos

ID _____

Fecha de suscripción

/	/	/
---	---	---

Datos del Contratante

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	RUT
Domicilio			Comuna
Teléfonos de Contacto		E- Mail de contacto	

Datos Beneficiarios

1.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Rut	Fecha Nacimiento	Previsión (nombre)	Nuevo/Renovación	Valor
	/ /			

2.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Rut	Fecha Nacimiento	Previsión (nombre)	Nuevo/Renovación	Valor
	/ /			

3.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Rut	Fecha Nacimiento	Previsión (nombre)	Nuevo/Renovación	Valor
	/ /			

4.

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre

Rut	Fecha Nacimiento	Previsión (nombre)	Nuevo/Renovación	Valor
	/ /			

VOUCHER N° _____ **TOTAL VENTA \$** _____ **PROCEDENCIA DE LA VENTA** _____

Forma de Pago: Tarjeta Crédito__ Tarjeta Débito __ Banco: _____

En conformidad a lo dispuesto en los artículos 4 y 10 de la ley 19.268 y en el artículo 127 del código sanitario, por el presente acto e instrumento declaro que consiento y autorizo expresa e irrevocablemente al portador de este instrumento, para que éste pueda revelar el contenido o dar copia de mis antecedentes e informes médicos, clínicos, recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorio y otros servicios relacionados con la atención prestada a la suscrita como alguno de los beneficiarios inscritos en formulario adjunto, con el propósito que dichos antecedentes, puedan ser de utilidad para obtener el pago de las prestaciones que nos sean otorgadas.

Declaro haber recibido conforme y aceptar las condiciones particulares y exclusiones del convenio de accidentes y/o escolar INDISA de Clínica INDISA, además de la vigencia y coberturas establecidas en el presente formulario, que incluye tener [un plan de salud con cobertura en Clínica INDISA](#)

Nombre y firma Ejecutiva INDISA

Nombre Contratante

Firma Contratante.



AUTORIZACION DE DESCUENTO
PARA DESCUENTO VOLUNTARIO DE LAS REMUNERACIONES
SEGUN ART. 58 DEL CODIGO DEL TRABAJO

Por el presente instrumento el suscrito, Don(a) _____,
Rut _____-____, trabajador de la Empresa _____,
en adelante Mi Empleador, y de su mismo domicilio, vengo a otorgar poder especial a la AFUBACH SPA, persona jurídica de derecho privado sin fines de lucro, rol único tributario nº 76.792.110-1, representada por su Gerente General, con domicilio en Agustinas 972 Oficina 708, piso 7 comuna y, ciudad de Santiago, en adelante "Afubach", "la asociación", a fin de que en mi nombre y representación solicite a Mi Empleador, el descuento voluntario de mi remuneración de cada cuota mensual de \$ _____, o en pesos a la fecha de descuento equivalente a UF _____, a la fecha de compra, en un total de _____ cuotas mensuales iguales, y la totalidad del saldo de precio en caso de desvinculación con Mi Empleador por el motivo que sea.

La primera cuota será descontada en mi remuneración correspondiente al mes de _____ del año _____, y la última cuota será descontada el mes de _____ del año _____. En caso de no concretarse el pago de alguno(s) de los descuentos por la razón que sea dentro del periodo mencionado, autorizo al descuento de esa(s) cuotas de mi remuneración en periodos posteriores a ese. Sobre el capital adeudado se devenga un interés capitalizado mensual vigente sobre el valor original en UF, que se encuentra incorporado en cada una de las cuotas señaladas.

Autorizo al representante de la AFUBACH SPA, para que acepte letras de cambio, suscriba pagarés y reconozca deudas en beneficio de AFUBACH, por los montos en capital, costas, impuestos y demás gastos que se originen con motivo del o los créditos que me sean concedidos por dicha Asociación. La suscripción o aceptación de los mencionados pagarés o letras de cambio no constituirán novación de las obligaciones en ellos documentadas, pues solo tienen como objeto documentar en título ejecutivo tales obligaciones y así facilitar su eventual cobro judicial.

El presente mandato tendrá el carácter de irrevocable en los términos del Artículo 241 del Código de Comercio, en tanto esté vigente la deuda contraída en este acto. La revocación del mandato sólo tendrá efecto a contar de las 48 horas siguientes al pago total de la deuda, y deberá ser efectuado a través de un Notario Público mediante carta dirigida al efecto al representante legal de la Asociación.

El presente mandato deberá también ser ejecutado por la mandataria después de la muerte del mandante y, en consecuencia, no se extinguirá por la muerte del mandante pudiendo, por tanto, ser ejecutado en todas sus partes por la mandataria aún después de la muerte de aquel, en conformidad a lo previsto en el Artículo 2169 del Código Civil.

Firma Asociado

En _____, a _____ de _____ de 20____