



Fundación  
Asistencial

Trabajadores BancoEstado  
Área Financiera

**AUTORIZACIÓN CRÉDITO UNIFICADO**  
**Y UTILIZACIÓN CRÉDITO AUTOMÁTICO DE SALUD**

**Yo** ....., **RUT:**.....,

Por el presente documento, autorizo que las diferencias no cubiertas o préstamos, por concepto de copagos por atenciones Médico, Dental y Farmacia que la Isapre Fundación otorgue a .....,

**RUT:**....., sean cargados a mi cuenta de crédito automático de salud de la Fundación Asistencial y descontados a través de mi remuneración, conforme lo señalado en el Artículo 16° del Contrato de Salud.

---

**FIRMA AFILIADO**

En ....., ..... de.....de 20....