



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....