

## AUTORIZACIÓN

EN \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_

CON ESTA FECHA FACULTO EXPRESAMENTE A LA FUNDACION ASISTENCIAL DE LOS TRABAJADORES DEL BANCOESTADO, PARA QUE EN CUMPLIMIENTO DE SUS OBJETIVOS, PUEDAN SOLICITAR A LA FUNDACION DE SALUD TRABAJADORES DEL BANCO DEL ESTADO DE CHILE Y TOMAR CONOCIMIENTO DE MI ESTADO DE SALUD, DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS MEDICO QUIRÚRGICOS Y FARMACOLÓGICOS” y “MIS DATOS PERSONALES Y SENSIBLES ASI COMO MI SITUACIÓN SOCIOECONOMICA Y, SI FUERA PROCEDENTE, LOS DE MIS CARGAS LEGALES O MEDICAS A QUIENES REPRESENTO.

LA PRESENTE AUTORIZACION LA CONCEDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES QUE SEÑALA LA LEY N° 19.628 Y ESPECIALMENTE PARA EL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 4° DE DICHA LEY Y 127 DEL CODIGO SANITARIO Y LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR IF/N°51 DE LA INTENDENCIA DE FONDOS Y SEGUROS PREVISIONALES DE SALUD.

### **NOMBRE COTIZANTE**

### **DOMICILIO**

### **RUT N°**

---

**FIRMA**