



PODER ESPECIAL

Con fecha..... de.....de 20...., don (a).....(Nombre Completo) domiciliado en.....

Comuna.....Ciudad....., Titular del Contrato de Salud suscrito con

Isapre Colmena Golden Cross, declara lo que a continuación se indica:

1. Que por este acto viene en conferir poder especial a don (ña). Juan Rodrigo Landaida Elgueta, Rut: 13.190.318-9, (Gestión previsional) y/o Paula Jofré Holtz, Rut: 16.200.687-8. (analista de riesgos) ambos funcionarios de PREVISA LTDA. Rut: 77.814.560-k, para que, en su nombre y representación, efectúen todos los trámites que correspondan ante Isapre Colmena Golden Cross Para, gestionar la compra de bonos y a obtener el reembolso de gastos médicos, que correspondan, **en caso de accidente de mi hijo(a)(s):**

Alumno(a)(s) del Colegio _____ SAGRADA FAMILIA REÑACA VIÑA DEL MAR. _____

2. Este poder se otorga con el objeto de obtener los beneficios establecidos en su Plan de Salud respecto de las personas individualizadas precedentemente, trámites que podrán efectuarse en la Sucursal de la Isapre ubicada en calle 3 Norte N° 331 comuna y ciudad de Viña del Mar, V región.
3. En el ejercicio de este Poder Especial, la (él) apoderada (o) solo podrá hacer los trámites antes mencionados y para los beneficiarios antes mencionados, todo esto de conformidad con las condiciones, plazos y montos establecidos en el Contrato de Salud y en los procedimientos de la Isapre, como si se tratara del titular del Contrato de Salud, de quién emanan las atribuciones recién señaladas y sólo respecto a las personas individualizadas en este documento.
4. El presente Poder Especial tendrá una duración de un (año) que el titular del Contrato de Salud, determina en este acto, pudiendo ser revocado antes de la fecha señalada, gestión que deberá efectuarse mediante carta en la que manifieste claramente su intención de dejarlo sin efecto, dirigida a la Isapre por correo certificado o entregada personalmente en nuestra Sucursal de Viña Del Mar.
5. En comprobante, firma el titular del Contrato de Salud, quien por este acto ha conferido el poder señalado precedentemente:

Firma Titular * **El poder conferido a un tercero-no beneficiario, debe venir autorizado por un Notario Público.**

V°B° Jefe Sucursal