

## PODER SIMPLE

En Santiago, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Yo \_\_\_\_\_

Rut \_\_\_\_\_ Autorizo a la compañía de seguros MetLife Chile Seguros de Vida S.A., para solicitar los antecedentes de ficha clínica que sean necesarios y procedentes, a juicio de Hospital \_\_\_\_\_, en relación con las atenciones que recibí en dicho centro asistencial con fecha \_\_\_\_\_, todo ello para efectos de determinar la cobertura y procedencia del reembolso de gastos médicos y hospitalarios, no cubiertos por mi Isapre.

Libero a la Clínica de toda responsabilidad, por la entrega de tal información y asimismo por la utilización posterior de la misma o su difusión u otros hechos que, puedan derivarse de la entrega de tales antecedentes a la entidad o persona que he designado para tal efecto.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
RUT