

## MANDATO ESPECIAL

En Talca con fecha .....

YO, .....

Domiciliado en: .....

Cédula Nacional de Identidad N° ..... mayor de edad, , en adelante también como él o la Mandante, expongo lo siguiente:

Nombre Paciente: .....

RUT: .....

**PRIMERO:** Por el presente instrumento, otorgo Mandato Especial, con expresa facultad de delegar y autocontratar, a **SOCIEDAD CLÍNICA DEL MAULE S.A.**, RUT: 95.439.000-4, para esta a través de sus representantes don **Rafael Gracia Soto**, Cédula Nacional de Identidad N° **6.058.371-4**; don **Arsenio Olivares Torres**, Cédula Nacional de Identidad N° **5.541.049-6**; y, don **Juan Enrique Gamboa Saravia** Rut N° **13.364.498-9**, o de la persona quién esta designe, todos domiciliados para estos efectos en calle 4 Norte N° 1640, Talca, actuando conjunta o separadamente, en mi nombre y representación, ejecuten los siguientes actos, quedando especialmente facultados para realizar las gestiones que a continuación se indican, y sin que la enunciación sea taxativa podrá:

**A)** Suscribir, aceptar, **resuscribir o prorrogar**, en nombre y representación del mandante, el o los pagares y/o letras de cambio que sean necesarios, y/o reconozca deudas en beneficio de Sociedad Clínica del Maule S.A. o sus cesionarios, por los montos que pasarán a indicarse, correspondiente a prestaciones de salud otorgadas por esta última, y autoricen sus firmas ante Notario; **B)** Proceder al lleno en letras y números de pagarés y letras de cambio, en todas las menciones que establece la ley; **C)** El capital de los pagarés y/o letras de cambio que deban suscribirse o aceptarse con motivo del presente mandato, estará compuesto por el monto total de lo adeudado en capital, intereses, impuestos, gastos u otros originados de las atenciones, procedimientos y demás actividades propiamente médicas, de salud y relacionadas que Sociedad Clínica del Maule S.A. otorgue o efectúe en su domicilio o sucursales, en beneficio del mandante o de algún miembro de su familia o de terceros, cuya atención esté caucionada con estos documentos; **E)** Los pagarés y/o letras de cambio se extenderán a la vista o plazo fijo, endosables y, con cláusula de liberación de protesto; **F)** La mandataria queda facultada para proceder al cobro de los documentos mediante los procedimientos bancarios convencionales, o el que estime conveniente, y en caso de no pago de éstos, dé inicio y curso a las acciones legales pertinentes para efectuar la cobranza judicial de los mismos; **G)** La suscripción, aceptación, **resuscripción o prórroga** de las letras de cambio y/o pagarés no constituirá novación de las obligaciones en ellos establecidas, teniendo por único objeto facilitar su cobro y pago, con motivo u ocasión de las prestaciones de salud otorgadas por Sociedad Clínica del Maule S.A.; **H)** El presente mandato no se extingue por la muerte del mandante, y está

destinado a ejecutarse aún después de ella, como lo establece el artículo 2.169 del Código Civil; **I)** En caso de no pago de los pagarés y/o letras de cambio suscritos, aceptados, **resuscritos o prorrogados** por la mandataria según lo refiere la letra A) precedente, o ante mora o simple retardo en el cumplimiento de las obligaciones contraídas por la mandante con Sociedad Clínica del Maule S.A., y con el objeto de dar cumplimiento a la Ley Nº 19.628, sobre protección de datos de carácter personal, faculto irrevocablemente a la mandataria para dar a conocer la morosidad, proporcionando dicha información a cualquier registro o banco de datos, aunque no vaya precedido de protesto; y, **J)** Cualquier derecho, impuesto o gasto que devengue este mandato, su modificación, pago u otra circunstancia relativa a aquél, producida con ocasión o motivo del mismo, será de cargo exclusivo del suscriptor y/o aceptante y, de los demás obligados al pago.


**SEGUNDO:** La mandataria Sociedad Clínica del Maule S.A., queda expresamente liberada por la mandante de toda responsabilidad y de la obligación de rendir cuenta, y facultada para poner término al presente mandato en cualquier momento, sin necesidad de expresión de causa, mediante aviso escrito dirigido al mandante o sus herederos al domicilio indicado en la comparecencia. La mandataria para realizar los actos a que se refiere la letra A) y B) de la cláusula anterior es irrevocable, de conformidad con el artículo 241 del Código de Comercio, mientras se encuentre pendiente el cumplimiento de las obligaciones que el mandante adeude a Sociedad Clínica del Maule S.A.. Extinguida la vigencia de estas operaciones comerciales por cualquier motivo, la revocación del Mandato deberá efectuarse mediante carta certificada expedita por Notario Público, y surtirá efecto a contar de las 48 horas siguientes a la recepción de la comunicación.

**TERCERO:** El plazo máximo para liquidar un programa médico es de 30 días corridos a contar del alta hospitalaria. De no cumplirse lo antes estipulado, el interés que devengará la o las obligaciones documentadas en los pagarés o letras de cambio que se suscriban, acepten, **resuscriban o prorroguen** en representación del mandante, será hasta el máximo que la ley permite estipular, interés que se **devengará** desde la fecha de suscripción, **resuscripción o prórroga** del o los pagarés o aceptación de la o las letras de cambio y, hasta la de su pago total.

**CUARTO:** Para todos los efectos legales del presente mandato, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Talca, y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales de Justicia.

**QUINTO:** En caso que un tercero se constituya en aval y codeudor solidario, suscribe y otorga este mismo mandato, en iguales condiciones, las que se dan por íntegramente reproducidas.

Firma Mandante.....  
Cédula Nacional de Identidad Nº.....  
Huella



Firma Avalista.....  
Cedula Nacional de Identidad Nº.....  
Domicilio.....  
Huella

