

ANEXO N°2

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR NOTIFICACIONES POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

En _____, a _____ de _____ de _____

Yo, _____

Cédula de Identidad N° _____

En mi calidad de Agente de Ventas:

Declaro que mi dirección de correo electrónico particular o personal para los efectos de las notificaciones de actos administrativos que deba efectuarme la Superintendencia de Salud, es la siguiente:

Acepto que las notificaciones que se me hagan por esta vía, se entenderán practicadas el mismo día que se hubiere verificado la comunicación electrónica, de tal manera que los plazos comenzarán a correr al día siguiente hábil, considerándose para estos efectos, inhábiles los días sábado, domingo y festivos.

Me hago responsable de mantener mi dirección de correo electrónico particular o personal con capacidad suficiente y operativa para recibir las comunicaciones electrónicas que se me envíen.

Además, me obligo a mantener actualizada mi casilla de correo electrónico particular o personal y a comunicar cualquier cambio que se produzca en ésta, informando a la Isapre en la que me encuentre contratado y directamente a la Superintendencia de Salud, dentro de los 5 días hábiles siguientes de ocurrido el cambio, suscribiendo al efecto y en las dependencias de ese organismo fiscalizador, un nuevo formulario de autorización.

Firma del Agente de Venta
(De puño y letra)
"Huella digital del Agente de ventas"