 

**COMPROMISO COMPRA SEGURO DE SALUD**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL MAULE**

Yo,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DNI/Pasaporte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estudiante de la carrera de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Universidad

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Mediante el presente documento, ME COMPROMETO ADQUIRIR SEGURO DE SALUD OBLIGATORIO (que incluya cobertura de salud y repatriación sanitaria) durante el período que se realizaré mi pasantía académica en la Universidad Católica del Maule, Chile.

El documento original lo haré llegar a la oficina de Movilidad y Convenios antes de comenzar mi intercambio. Entiendo que al no presentar este documento, la universidad tiene el derecho de no aceptar mi ingreso a la universidad.

FIRMA

**Fecha:**