Ciudad y país de origen, fecha

**C A R T A C O M P R O M I S O**

**Estudiantes internacionales**

Estoy en conocimiento que el **Seguro de Salud** es un documento obligatorio para realizar estudios de Postgrado en la Universidad de Chile y que debo presentarlo en el momento en que formalice el proceso de matrícula.

En consecuencia de lo anterior, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nombres y apellidos), N° de Pasaporte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me comprometo a adquirir un **Seguro de Salud** con cobertura en Chile y por el periodo que realice mis estudios de postgrado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar nombre del programa de Magíster, Doctorado) en la Universidad de Chile.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del postulante