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 formalizar el proceso de matrícula de estudios de Postgrado en la Universidad de Chile. Documentación que debe presentarse al momento de matricularse en la Universidad.

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 todo el periodo que realice mis estudios de postgrado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (indicar nombre del programa de Magíster, Doctorado) en la Universidad de Chile.

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

Firma del postulante