

AVAL

Me constituyo en avalista y en fiador y codeudor solidario de las obligaciones que da cuenta el Pagaré N° _____ y por todo el tiempo que transcurriere hasta el efectivo y el total pago del mismo. Declaro que acepto desde ya, toda modificación de prórroga, resuscripción y/o renovación de este Pagaré, como también, los acuerdos, convenios, contratos que se suscriban entre el tenedor y el deudor sobre el modo y forma de pagar las obligaciones que en él constan y, en especial, las instrucciones arriba impartidas por el deudor o suscriptor para la incorporación por **Clínica Ciudad del Mar S.A.** de la fecha de vencimiento y monto o suma de dinero a pagar en virtud del presente Pagaré. Declaro que otorgo esta garantía personal y contraigo la obligación en el carácter de indivisible, pudiendo exigirse su cumplimiento a cualquiera de mis herederos o sucesores, de conformidad a lo previsto por los artículos 1.526 N° 4 y 1.528 y 1.531 del Código Civil.

Libero al tenedor de la obligación de protesto y, constituyo para todos los efectos legales domicilio en la comuna y ciudad en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A) de la Ley N° 19.496.

NOMBRE DEL AVAL _____ R.U.T. _____

DOMICILIO _____

COMUNA _____ CIUDAD _____

FIRMA DEL AVAL _____

En Viña del Mar, a _____ de _____ de _____

AUTORIZACIÓN DEL CÓNYUGE DEL AVAL

Don(ña) _____ R.U.T. _____,

con domicilio en _____, en su calidad de cónyuge del arriba individualizado, autoriza expresamente a éste, para efectos de lo previsto por el artículo 1749 del Código Civil para constituir en aval, fiador y codeudor solidario en los términos precedentes. Declaro que acepto desde ya, toda modificación de prórroga, resuscripción y/o renovación de este Pagaré, como también, los acuerdos, convenios, contratos que se suscriban entre el tenedor y el deudor sobre el modo y forma de pagar las obligaciones que en él constan y, en especial, las instrucciones arriba impartidas por el deudor o suscriptor para la incorporación por Clínica Ciudad del Mar S.A. de la fecha de vencimiento y monto o suma de dinero a pagar en virtud del presente Pagaré. Declaro que otorgo esta garantía personal y contraigo la obligación en el

carácter de indivisible, pudiendo exigirse su cumplimiento a cualesquiera de mis herederos o sucesores, de conformidad a lo previsto por los artículos 1.526 N° 4, 1.528 y 1.531 del Código Civil. Libero al tenedor de la obligación de protesto y, constituyo para todos los efectos legales domicilio en la comuna y ciudad en que se encuentra la oficina señalada como lugar de pago de este documento y me someto a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de de Justicia; sin perjuicio de lo establecido en el artículo 50 A) de la Ley N° 19.496.

NOMBRE DEL CÓNYUGE DEL AVAL _____ R.U.T. _____

DOMICILIO _____

COMUNA _____ CIUDAD _____

FIRMA DEL CÓNYUGE DEL AVAL _____

En Viña del Mar, a _____ de _____ de _____