



RECLAMO N° _____

Fecha de Ingreso ___ / ___ / ___

ISAPRE _____

SEREMI DE SALUD REGIÓN _____

Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez**FORMULARIO DE RECLAMO EN CONTRA DE RESOLUCIÓN DE ISAPRE**

(Sírvase llenar todos los datos solicitados con letra clara. En caso que el trabajador(a) esté inhabilitado(a) para firmar deberá estampar su huella digital)

1. Identificación del(a) Trabajador(a):

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
RUN	Edad	Sexo ____ M ____ F	Fono
Dirección, calle	Número	Depto.	Comuna
Profesión u oficio	E-Mail _____@_____	Fono Celular	
Nombre Empleador	Fono		

2. Reclamo por la modificación de mi(s) licencia(s) médica(s) por la ISAPRE por la Causal:

Detalle de mi(s) reclamo(s)				Marque con una "X"				Fecha de Notificación
Nº Licencia(s)	Desde	Hasta	Nº días	Rechazo	Reducción	Error Cálculo de Subsidios	Otro	
Diagnóstico:								
Médico Tratante:					Especialidad:			
Fecha de nacimiento del(la) Niño(a) menor de un año si es licencia Tipo 4:								

3. Antecedentes y fundamentos del reclamo:

¿Licencias continuas? SI _____ NO _____		
¿Por el mismo Diagnóstico? SI _____ NO _____	¿Desde cuando?:	
¿Se integró a trabajar después de esta(s) Licencia(s)? SI _____ NO _____		
¿Porqué No?:		
¿Fue citado a Peritaje por la ISAPRE? SI _____ NO _____	¿Acudió? SI _____ NO _____	Fecha:
¿Porqué No?:		
¿Tiene reclamos anteriores? SI _____ NO _____	Fecha del último reclamo:	
Motivo del reclamo: (Explique brevemente porqué no está de acuerdo con la Resolución de la ISAPRE)		

(Continúe al reverso o agrande el documento)

4. Acompañó la siguiente documentación: (Marcar con una "X" según corresponda)

<input type="checkbox"/>	Informe Médico	<input type="checkbox"/>	Resultados de exámenes de Laboratorio
<input type="checkbox"/>	Radiografías o informe de ellas	<input type="checkbox"/>	Otros antecedentes, (especificar) _____

(Declaro que todos los antecedentes que fundamentan el presente Recurso de Reposición son fidedignos y asumo mi responsabilidad de comprobarse la falsedad de los mismos).

firma del trabajador(a)**USO EXCLUSIVO DE COMPIN O SUBCOMISIÓN**

Se resuelve:

<input type="checkbox"/>	ACOGER el reclamo , revocando la Resolución y AUTORIZANDO íntegramente la(s) L. M. Individualizada(s)
<input type="checkbox"/>	ACOGER PARCIALMENTE el reclamo , AUTORIZANDO la(s) L. M. Individualizada(s) por _____ días.
<input type="checkbox"/>	RECHAZAR el reclamo , confirmando la Resolución.
<input type="checkbox"/>	Otro , (especificar)
Oficio Ord. De SUSESO N° _____ del ___ / ___ / _____	

Firma y Timbre de Presidente de COMPIN/Subcomisión o
Médico Contralor Responsable