



RECLAMO Nº _____
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 Nº _____ del ___ / ___ / ____	

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