



FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMOS

Recuerde: Antes de presentar su reclamo en la Superintendencia, debe reclamar en primera instancia en Fonasa o en su Isapre

Fecha de Reclamo: _____

IDENTIFICACIÓN COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres		Edad	
Cédula de Identidad		Teléfono	

DOMICILIO COTIZANTE O BENEFICIARIO:

Calle		Número	
Población o Villa		Depto.	
Comuna		Ciudad	

IDENTIFICACIÓN PACIENTE

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cédula de Identidad		Fecha de Nacimiento	
Edad		Prestador de Salud	

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE (en caso de ser diferente al cotizante):

Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cédula de Identidad		Teléfono	

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO (Seleccione la opción según corresponda)

Aseguradora Fonasa _____ Isapre _____
(Indique el nombre de su Isapre)

Prestador _____
(Indique el nombre del prestador)

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (por favor con letra clara y legible):

(Si le falta espacio para describir el problema, utilice el reverso)

SOLICITUD CONCRETA:

FIRMA

(Para su trámite, esta presentación debe estar firmada)

ANEXO NOTIFICACIÓN DIGITAL (opcional)

Para uso exclusivo de reclamos presentados ante la Superintendencia de Salud

¿Desea ser notificado mediante correo electrónico?

SI _____

NO _____

Correo Electrónico: _____

