

CIRCULAR N° 008

REF.: ESTABLECE PROCEDIMIENTOS SOBRE
CONTRATOS DE SALUD.

SANTIAGO, 30 ABR 1991

DE : SUPERINTENDENTE
INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL.

A : SRES. GERENTES GENERALES ISAPRE.

En uso de sus facultades y en cumplimiento de lo dispuesto en el N°2 del artículo 3° y en los artículos 29 y 38 de la Ley N°18.933, se ha estimado oportuno impartir las siguientes instrucciones relativas a procedimientos para la suscripción, modificaciones y término de contrato y sus respectivas notificaciones.

Se define el Formulario Único de Notificación (F.U.N.) como el instrumento que servirá para dejar las constancias de la suscripción, modificación y término de contrato previstas en la Ley, y para informar de ello al empleador o entidad encargada del pago de la pensión, cuando corresponda.

De esta forma, el FUN constituirá una síntesis de los principales antecedentes en relación a las materias que a continuación se indican:

1. FORMULARIO UNICO DE NOTIFICACION:

- * SUSCRIPCIÓN DE CONTRATO DE SALUD.
- * TÉRMINO DE CONTRATO POR PARTE DE LA ISAPRE.
- * COMUNICACIÓN DE ADICIÓN O CAMBIO DE EMPLEADOR, CONDICIÓN LABORAL O PREVISIONAL DEL COTIZANTE.
- * MODIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SALUD EN LO REFERENTE A:
 - Cambio de fecha para contabilizar los períodos anuales (válido sólo para contratos colectivos y matrimoniales).
 - Cambio del número de cargas.
 - Cambio de la cotización pactada.
 - Cambio de los beneficios (Plan de Salud).

El F.U.N. tendrá las siguientes características:

- Constará de tres ejemplares: el primero, de color blanco para la ISAPRE; el segundo, de color verde para el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión; el tercero, de color rosado para el cotizante

Cada copia deberá indicar el destinatario en el costado izquierdo.

- Será emitido por la ISAPRE con foliación correlativa, a la cual debe agregarse separado con un guión, el código de la ISAPRE emisora.
- Deberá ser confeccionado con el procedimiento de calco químico.

El Anexo N°2 contiene el formato de F.U.N. y el Anexo N°3, las instrucciones de llenado a las que deberá ajustarse este formulario.

2. SUSCRIPCION DEL CONTRATO:

Al momento de la suscripción del contrato, las partes llenarán según corresponda y firmarán: el contrato de salud; el F.U.N.; el Anexo Unico, si lo hubiere; mecanismos para el otorgamiento de las prestaciones del Programa Materno Infantil y examen de salud preventivo y; la declaración de salud. En este mismo acto, la ISAPRE estará obligada a entregar al cotizante el contrato de salud y todos los documentos que lo integran debidamente firmados por las partes, de manera que el interesado conozca cabalmente y acepte al suscribir el contrato todos los términos del mismo.

Las partes no podrán agregar estipulaciones adicionales a los documentos citados en forma posterior a su firma, especialmente restricciones derivadas de una evaluación del estado de salud de un cotizante o beneficiario.

La ISAPRE, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de suscripción del contrato, debe notificar al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, utilizando el ejemplar correspondiente del F.U.N.. A la vez, deberá requerir la firma del ejemplar correspondiente a la ISAPRE, en señal de recepción, o en su caso remitirse a lo establecido en el punto 7 "Otras Disposiciones de Notificación" de esta Circular.

En el caso de trabajadores independientes, imponentes voluntarios y afiliados voluntarios (artículo 34 Ley N°18.933), se inutilizará la copia correspondiente al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión.

Cuando al momento de la suscripción o posteriormente el cotizante incorpore como beneficiario a una persona que cotiza (artículo 41 Ley N°18.933), esta última deberá también llenar y firmar un F.U.N. indicando que se trata de un "beneficiario cotizante" y notificar a su empleador o entidad encargada del pago de la pensión, en los términos y plazos ya indicados.

3. TERMINO DEL CONTRATO:

La ISAPRE pondrá término al contrato por incumplimiento, mediante carta certificada adjuntando el ejemplar del FUN que corresponde al cotizante.

La ISAPRE, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de comunicación del desahucio, deberá entregar al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según sea pertinente, el ejemplar del FUN que le corresponda y obtener de éste la firma en el original destinado a la ISAPRE, en señal de recepción.

En el caso de trabajadores independientes, imponentes voluntarios y afiliados voluntarios, se inutiliza la copia correspondiente al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión.

En caso que el contrato tenga incorporado un beneficiario cotizante, la ISAPRE deberá notificar mediante la emisión del F.U.N. , a él y su empleador o entidad encargada del pago de la pensión, ajustándose al procedimiento y plazos señalados precedentemente.

4. DESAHUCIO VOLUNTARIO DEL COTIZANTE:

El cotizante desahuciará el contrato remitiendo a la ISAPRE la carta de desafiliación establecida en el anexo N°1, conjuntamente con las copias al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, que corresponda.

Esta comunicación deberá efectuarse con a lo menos un mes de anticipación al cumplimiento del período anual, sin perjuicio que los beneficios se extiendan hasta el último día del mes siguiente a aquel en que se cumple dicha anualidad.

La remisión de la carta a la ISAPRE y sus copias, deberá ser por correo certificado o mediante entrega en las oficinas de la entidad. En este último caso, la ISAPRE deberá timbrar y fechar a solicitud del interesado, su copia en señal de recepción.

La ISAPRE deberá remitir las referidas copias a quienes corresponda, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha de la recepción.

Las ISAPRE podrán rechazar las cartas de desafiliación que registren una fecha errada de término de beneficios, colocando en el documento la palabra RECHAZADA. Las ISAPRE deberán remitir, dentro del plazo de 5 días hábiles, contados desde su recepción, una copia al empleador y otra al cotizante mediante carta certificada, explicándole las razones del rechazo, sin perjuicio de entregar una copia al cotizante o representante debidamente autorizado, cuando lo solicite,.

En caso de extenderse el contrato, por encontrarse el cotizante en situación de incapacidad laboral al día de término del mismo, la ISAPRE estará obligada a comunicar esta situación al empleador, con copia al cotizante, para que informe a la ISAPRE de posterior afiliación, si es que corresponde.

El plazo para efectuar las citadas comunicaciones será de cinco días hábiles contado desde la fecha del pronunciamiento que autoriza la licencia médica, en virtud de la cual se extiende el contrato.

Se hace presente que de haber suscrito contrato con una nueva ISAPRE, el cumplimiento del período anual con ésta, seguirá siendo el último día del mes en que se haya firmado el contrato (Circular N°1), independiente de la fecha en que se comienzan a percibir los beneficios.

5. ADICION O CAMBIO DE EMPLEADOR, CONDICION LABORAL O PREVISIONAL DEL COTIZANTE:

Para este efecto, el cotizante debe solicitar un F.U.N. a la ISAPRE y se procederá a su llenado.

Cumplido lo anterior, las partes firmarán el F.U.N., quedando en poder del cotizante el ejemplar que le corresponda.

La ISAPRE, antes del décimo día del mes siguiente de la fecha de notificación de cambio de empleador, calidad laboral o previsional, deberá remitir el ejemplar del F.U.N. al nuevo empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda. El empleador, a requerimiento de la ISAPRE, deberá firmar en señal de recepción el ejemplar correspondiente a ésta, o en su caso, proceder de acuerdo a lo establecido en el punto 7. "Otras Disposiciones de Notificación" de esta Circular.

En caso que el cotizante omita la notificación señalada, la ISAPRE, al detectar esta omisión, podrá, basándose en la información contenida en las planillas de declaración y pago de cotizaciones, poner en conocimiento del nuevo empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, el contrato de salud suscrito por el cotizante.

Para tal efecto, la ISAPRE deberá confeccionar un F.U.N., el que remitirá al nuevo empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y al cotizante, mediante carta certificada o entrega personal.

No será causal de incumplimiento del contrato, la omisión de la notificación del cambio de empleador, situación laboral o previsional, en el caso que las ISAPRE utilicen el procedimiento descrito precedentemente.

6. MODIFICACION DEL CONTRATO DE SALUD:

Al momento de la modificación del contrato celebrado entre el cotizante y la ISAPRE, bastará llenar y firmar sólo un F.U.N., aún cuando se trate de más de una modificación.

6.1. Nuevas Condiciones Contractuales:

En la misma carta que comunica las modificaciones contractuales, la ISAPRE deberá informar al afiliado que de no mediar un desahucio de contrato dentro del plazo fijado, se entiende que acepta las adecuaciones, debiendo en todo caso suscribirse por las partes.

Lo anterior significa que tanto las nuevas condiciones como el F.U.N., deberán ser firmados por la ISAPRE y cotizante antes del cumplimiento de las anualidades, contadas desde la suscripción del contrato. En ningún caso estas nuevas condiciones podrán contemplar una nueva declaración de salud.

Si el cotizante no fuere habido o no quisiera firmar, la ISAPRE emitirá el F.U.N. y nuevas condiciones debidamente firmadas, debiendo remitirlas al cotizante antes de la entrada en vigencia de las adecuaciones.

Las ISAPRE deberán estar siempre en condiciones de acreditar el cumplimiento en cuanto a la remisión de las cartas certificadas, dentro del plazo legal de dos meses de anticipación a la fecha de cumplimiento del período anual. Para tales efectos, se requerirá nómina especial de correos, debidamente timbrada en cada una de sus páginas, en la que se certifique el envío de tales cartas.

Cualquiera sea el caso, la ISAPRE notificará al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, antes del 10° día del mes siguiente a aquel en que se cumple el período anual, utilizando el ejemplar correspondiente del F.U.N., debiendo requerir la firma en el ejemplar de la ISAPRE en señal de recepción.

Para estos efectos, se entenderá como fecha de suscripción de la modificación, el mes en que se cumple el período anual del contrato, comenzando la vigencia de los nuevos beneficios a contar del primer día del mes subsiguiente a dicha fecha.

6.2. Modificación del contrato por cambio de la cotización pactada, beneficios y número de cargas:

Al modificarse el contrato, se suscribirá un FUN, con las notificaciones que corresponda.

La ISAPRE, en el caso de trabajadores dependientes o pensionados, antes del décimo día del mes siguiente a la fecha en que se pactaron las modificaciones, debe notificar al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, según corresponda, remitiendo el ejemplar del F.U.N. respectivo. El empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, a requerimiento de la ISAPRE, deberá firmar en señal de recepción, el ejemplar correspondiente a ésta, o en su caso, proceder de acuerdo a lo establecido en el punto 7. "Otras Disposiciones de Notificación" de la presente Circular.

Las modificaciones que impliquen una variación en la cotización mínima legal del afiliado, deberán efectuarse en la oportunidad señalada en el inciso tercero del artículo 38° de la Ley N°18.933.

Quando el cambio se refiera a incorporación de familiares beneficiarios, para determinar el inicio de vigencia de los correspondientes beneficios, la ISAPRE deberá considerar las siguientes alternativas:

- a) En el caso de recién nacidos, todos los beneficios deberán otorgarse a contar desde el momento de su nacimiento, para lo cual deben ser inscritos en la ISAPRE antes de cumplir un mes de vida, o en plazo posterior si las partes lo acordaren.

La cotización que financia el otorgamiento de estos beneficios, podrá devengarse como máximo a contar del mes anterior al del nacimiento.

Si no se realiza tal inscripción en el plazo señalado, los beneficios se otorgarán desde el mismo momento en que se efectúe su declaración en la ISAPRE.

En esta situación, la respectiva cotización se devengará desde el mes anterior a aquel en que se produzca la referida inscripción.

- b) Cuando se incorporen otras cargas y/o terceros beneficiarios al contrato, los beneficios del mismo se harán exigibles a contar del primer día del mes subsiguiente al de su inscripción en la ISAPRE.

La cotización correspondiente se devengará desde el mes anterior al de inicio de los beneficios.

Asimismo, los beneficios del contrato se extinguen respecto de quienes pierden la condición de familiar beneficiario.

Igualmente, cuando la modificación se refiera a la incorporación o eliminación de un beneficiario cotizante, este último también suscribirá un F.U.N. indicando su condición de tal. Este F.U.N. deberá notificarse al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, de acuerdo al procedimiento establecido.

7. OTRAS DISPOSICIONES DE NOTIFICACION:

En los casos en que la notificación al empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, no pueda efectuarse, ya sea porque no son habidos o bien porque se nieguen a recibirla, la ISAPRE entregará el F.U.N. correspondiente a la Inspección del Trabajo del domicilio del empleador y/o a la entidad fiscalizadora que corresponda para el caso de pensionados, dejando en dicha Institución constancia de estos hechos. La respectiva Inspección del Trabajo timbrará y devolverá a la ISAPRE el F.U.N. que corresponde a ésta.

Para los efectos de notificar las materias que establece la presente Circular, en aquellos casos en que la cotización de salud provenga de más de un empleador, entidad encargada del pago de la pensión o cuando concurren cualesquiera de ellas a la vez, deberán llenarse y suscribirse tantos F.U.N. o cartas de desafiliación, -

según sea el caso, como entidades obligadas a la retención y pago de la cotización existan.

8. DE LA CREDENCIAL DE SALUD:

El artículo 42 de la Ley N°18.933, dispone que las Instituciones de Salud Previsional deben otorgar al cotizante y demás personas beneficiarias, un documento identificatorio (credencial). Las ISAPRE podrán decidir libremente si otorgan un documento para todo el grupo familiar o bien uno separado por cada beneficiario.

La Credencial de Salud deberá consignar la siguiente información mínima:

- a) Apellidos paterno, materno, nombres del cotizante.
- b) R.U.T. del cotizante.
- c) Apellidos paterno, materno y nombres de la(s) persona(s) beneficiaria(s).

Las credenciales emitidas para beneficiarios, además de su identificación personal, deberán contener las letras a) y b).

8.1. Las características físicas de la Credencial, serán las que las ISAPRE estimen convenientes para su operación y manejo, considerando en todo caso la incorporación del nombre de la ISAPRE en ella.

9. DE LOS ARCHIVOS:

Las ISAPRE deberán mantener a disposición de la Superintendencia, en su casa matriz u oficina principal, los siguientes archivos:

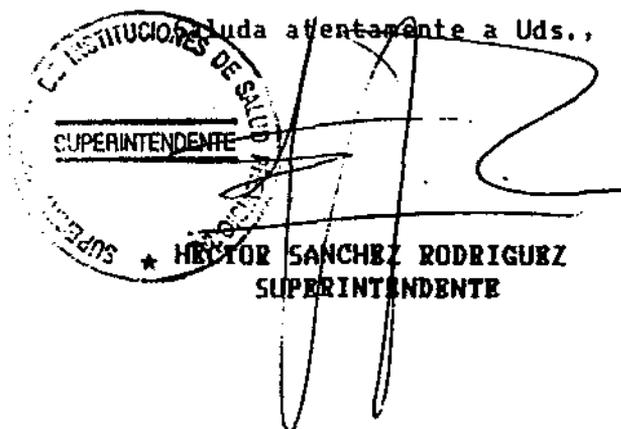
1. Archivo de cotizantes que deberá contener para cada cotizante:
 - a) El Contrato de Salud.
 - b) Todos los F.U.N. suscritos desde su afiliación.
 - c) Otros.
2. Archivo de cartas de desafiliación, clasificadas en aceptadas y rechazadas.

III. DISPOSICIONES TRANSITORIAS.

1. La presente Circular entrará en vigencia el 1° de agosto de 1991, entendiéndose derogada a contar de la misma fecha la Resolución Exenta N°1107, del 14.04.88, del Fondo Nacional de Salud. Asimismo, se derogan a contar de esa fecha los puntos 2 y 3 de la Circular N°3, del 11 de diciembre de 1990, y el archivo correspondiente a las cartas de desafiliación "no cursadas".

2. A partir del 1º de octubre de 1991, se reduce a 1 (un) día hábil el plazo de visación de la carta de desafiliación establecido en la Circular N°3, del 11.12.90.
3. F.U.N. tipo de notificación N°3 es utilizable hasta el mes de agosto de 1991, pudiendo utilizarse excepcionalmente después de esa fecha, sólo para los contratos de salud regidos por el D.F.L. N°3/81, de Salud, que aún subsistan.
4. Las ISAPRE podrán utilizar el F.U.N. establecido en la Resolución Exenta N°1107 de 1988, del Fondo Nacional de Salud, hasta el 30 de junio de 1991.

Cordialmente atentamente a Uds.,



* HECTOR SANCHEZ RODRIGUEZ
SUPERINTENDENTE

PRG/xsg.

DISTRIBUCION:

SRES. GERENTES GENERALES ISAPRE
DEPTO. CONTROL
SUBDEPTO. PLANIFICACION/

ANEXO Nº 1

Nota: Texto que debe ser incorporado en el articulado del contrato.

CARTA DE DESAFILIACION

DE : NOMBRE COTIZANTE
R.U.T.
DOMICILIO

A : ISAPRE

Comunico a Uds. que procedo a desahuciar el contrato de salud suscrito entre ambos, en los términos que establece el artículo 38 de la Ley Nº18.933.

La terminación producirá plenos efectos el día 1º (primero) de y la última cotización a enterar -
mes/año
en vuestra ISAPRE, será la correspondiente a la remuneración o pensión de
.....
mes/año

FIRMA COTIZANTE

1. Esta carta deberá ser enviada a la ISAPRE, hasta el último día del mes anterior a aquel en que se cumple el respectivo año, contado desde el último día del mes en que se firmó el contrato.
2. Los beneficios del contrato se extenderán hasta el último día del mes siguiente a aquel en que se cumple el período anual.

3. Esta carta debe ser enviada a la ISAPRE con las copias que corresponde, según sea el número de entidades obligadas a la retención y pago de la cotización del cotizante titular y beneficiario cotizante.
4. En caso que la carta sea remitida por correo certificado o entregada a la ISAPRE por una persona distinta del cotizante, deberá estar firmada ante un Notario, sólo en su original.
5. No se podrá exigir que la carta de desafiliación contenga información adicional a la establecida en la presente Circular, para ser aceptada por la ISAPRE receptora.

SECCION A: Antecedentes de la Notificación

- 1. Suscripción de Contrato.
- 2. Término por parte de la Isapre.
- 4. Cambio de empleador, situación laboral o previsional del cotizante.

- 5. Cambio de Fecha para contabilizar los periodos anuales.
- 7. Cambio en el número de cargas.
- 8. Modificación de la cotización pactada.
- 9. Cambio de los beneficios.

TIPO DE NOTIFICACION			
FECHA DE NOTIFICACION			

SECCION B: Antecedentes del Cotizante

Tipo de cotizante 1. Titular 2. Beneficiario

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
R.U.T.	Cédula de Identidad	Teléfono	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Región	Ciudad	Comuna	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Calle		N°	Depto.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
F.N.	Sexo	Tipo de trabajador	Número de Empleadores
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Masc. <input type="checkbox"/> 2. Fem.	<input type="checkbox"/> 1. Depend. <input type="checkbox"/> 2. Independ. <input type="checkbox"/> 3. Pensionado <input type="checkbox"/> 4. Voluntario	<input type="text"/>
Nombre A.F.P. o Inst. de Previsión	Cód. A.F.P. o Inst. de Previsión		Folio de Suscripción
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
			N° Inscripción (sólo pens.)
			<input type="text"/>

SECCION C: Antecedentes del Empleador o Entidad encargada del pago de la pensión.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R.U.T.	Nombre o Razón Social	Teléfono	Casilla
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Región	Ciudad	Comuna	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Calle		N°	Depto.
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCION D: Antecedentes del Contrato

Inicio de vigencia beneficios (mes incluido)	<input type="text"/>	Cotización a descontar a partir de remuneración o pensión de	<input type="text"/>	Mes en que se cumple el periodo anual.	<input type="text"/>
	Mes Año		Mes Año		MES
Monto y Modalidad en que se expresa la cotización.		<input type="text"/>		Porcentaje:	
Monto en \$	<input type="text"/>	Renta Imponible	<input type="text"/>	Cotización Ley N° 18.566	<input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
				TOTAL DE BENEFICIARIOS	<input type="text"/>

c	COD. MVTO.	APELLIDO MATERNO	APELLIDO PATERNO	NOMBRES	F.N.	SEXO	TIPO DE BENEFIC	CODIGO RELACION
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

TIPO DE BENEFICIARIO

- 01. Fam. Benef.
- 02. Benef. S/A
- 03. Benef. C/A
- 04. Otros

CODIGO RELACION

- 01. Cónyuge
- 02. Padre
- 03. Madre
- 04. Hijos
- 05. Otros

CODIGO MOVIMIENTO

- 01. ENTRA
- 02. SALE

SECCION E: De la ISAPRE

Firma Habilitado ISAPRE	Firma Cotizante	Firma Habilitado Empleador A.F.P. o Inst. de Previsión
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha	Fecha	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANEXO Nº 3

INSTRUCCIONES DE LLENADO:

1. Este Formulario deberá ser llenado con letra imprenta y podrá utilizarse para notificar una o más materias, según corresponda.
2. **SUSCRIPCION DE CONTRATO**
 - SECCION A: Se deberá consignar en el recuadro correspondiente a "Tipo de Notificación" el número 1.
 - SECCION B: Deberá contener los antecedentes del cotizante, dejando claramente consignado en "Tipo de Cotizante", si se trata del titular o del beneficiario que aporta su cotización de salud en los términos que establece el artículo 41º de la Ley Nº18.933. Asimismo, se hace presente que los datos referentes al domicilio deben corresponder al particular del cotizante.
 - SECCION C: Debe utilizarse sólo en caso de trabajadores dependientes o pensionados.
 - SECCION D: Consignará:
 - Mes y año de inicio de los beneficios.
 - Mes y año del inicio del descuento.
 - Mes en que se cumple el período anual.
 - Modalidad (\$, U.F., U.A., 7%, etc.) y monto de la cotización pactada.
 - Cotización Ley Nº18.566, indicar opción y porcentaje.
 - Identificación de beneficiarios, especificando su tipo (familiar beneficiario; beneficiario sin aporte; beneficiario con aporte) y su relación con el cotizante.
 - SECCION E: Identificación del contrato y plan de salud y otros antecedentes que la ISAPRE desee incluir.
3. **TERMINO DE CONTRATO**
 - SECCION A: Se deberá consignar en el recuadro correspondiente a "Tipo de Notificación" el número 2.
 - SECCION B: Llenar los siguientes antecedentes del cotizante:
 - R.U.T.
 - Nombre.
 - Cédula de Identidad.
 - Domicilio.

El campo "Folio de Suscripción" se llenará con el número de folio del F.U.N. que se utilizó para suscribir el contrato con el cotizante.

- SECCION C: Debe utilizarse sólo en caso de trabajadores dependientes o pensionados.
- Firma y timbre de la ISAPRE, consignando la fecha de dicha firma.

4. NOTIFICACION DE CAMBIO DE EMPLEADOR, DE CONDICION LABORAL O PREVISIONAL DEL COTIZANTE.

- SECCION A: Se deberá consignar en el recuadro correspondiente a "Tipo de Notificación" el número 4.
- SECCION B: Llenar los siguientes antecedentes del cotizante:

R.U.T.

Nombre

Cédula de Identidad.

Domicilio.

Tipo de Trabajador y Número de Empleadores, cuando corresponda.

El campo "Folio de Suscripción" se llenará con el número de folio del F.U.N. que se utilizó para suscribir el contrato con el cotizante.

- SECCION C: Cuando se trate de un cambio de empleador, consignar los datos del nuevo empleador. Lo mismo debe hacerse en caso de cambio de condición laboral de un cotizante independiente que pase a ser dependiente. En los casos de cambio previsional del cotizante, de trabajador a pensionado, se deberá consignar los antecedentes de la A.F.P. o Institución de Previsión, según corresponda.

5. MODIFICACION DEL CONTRATO.

- SECCION A: Se deberá consignar en el recuadro correspondiente a "Tipo de Notificación", el o los números que correspondan, según sean las modificaciones que se notifiquen.

Cuando se efectúe un cambio en la fecha para contabilizar los períodos anuales, Notificación Tipo 5, dicha fecha corresponderá a la que se especifique en el recuadro "Fecha de Notificación". Este tipo de notificación sólo podrá realizarse para cotizantes con contratos colectivos o matrimoniales.

- SECCION B: Llenar los siguientes antecedentes del cotizante:

R.U.T.

Nombre.

Cédula de Identidad.

Domicilio.

Llenar el campo "Folio de Suscripción" con el número del F.U.N. que se utilizó en la suscripción del contrato con el cotizante.

- SECCION C: Debe utilizarse sólo en caso de trabajadores dependientes o pensionados.

- SECCION D: Cuando se desee cambiar la cotización pactada, se deberá indicar en los campos "Monto y Modalidad" de la cotización, la nueva modalidad pactada y el monto. Asimismo, cuando se modifique la cotización Ley N°18.566, se deberá anotar el porcentaje de cotización por este concepto.

Cuando se desee incluir o sacar beneficiarios afectos a los beneficios del contrato, llenar la información correspondiente a cada beneficiario, en el recuadro "Relación de Beneficiarios". Los datos a consignar para estos efectos son:

- Código de Movimiento: Que debe ser 1 en caso de inclusión y 2 en caso de exclusión.
 - Nombre del Beneficiario: Apellido paterno, apellido materno y nombres.
 - F.N.: Fecha de Nacimiento, se indicará mes y año de nacimiento.
 - Sexo.
 - Tipo de Beneficiario: Para establecer la calidad del beneficiario que se trata.
 - Código de Relación: Para establecer la relación con el cotizante.
6. En los casos que proceda notificar a más de un empleador o Institución encargada de efectuar el descuento de la cotización, se deberán llenar tantos F.U.N. como empleadores o instituciones obligadas al pago de la cotización hayan (ésto incluye el caso del beneficiario - cotizante). El folio del F.U.N. del cotizante titular, que revista mayor importancia económica, será considerado, para todos los efectos, como el "Folio de Referencia" del respectivo contrato. En consecuencia, en los restantes F.U.N. deberá consignarse en el campo "Folio de Suscripción" el "Folio de Referencia".