

**SOLICITUD DE MEDIACIÓN
ENTRE ASEGURADORAS Y COTIZANTES Y/O BENEFICIARIOS**

N° INGRESO: _____

FECHA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL COTIZANTE Y/O BENEFICIARIO

Nombre completo: _____

R.U.T.: _____ - _____ E-mail: _____

Profesión u oficio: _____ Teléfono(s): _____

Domicilio: _____

Asegurador: Fonasa Isapre _____

(Escriba el nombre de su Isapre)

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE: (En caso de ser diferente al Cotizante o Beneficiario)

Nombre completo: _____

R.U.T.: _____ - _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Profesión u oficio: _____ Teléfono(s): _____

IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE ISAPRE O FONASA:

Nombre completo: _____

R.U.T.: _____ - _____

Dirección : _____

Teléfono(s): _____ E-mail: _____

IDENTIFICACIÓN DEL JUICIO ARBITRAL EN TRAMITACIÓN EN LA SUPERINTENDENCIA:

Número de ingreso en la Superintendencia: _____

Fecha de ingreso en la Superintendencia: _____

MEDIADORES SELECCIONADOS (en orden de su preferencia).

La nómina de Mediadores está disponible en el sitio web de la Superintendencia.

Apellidos

Nombres

1.- Mediador Titular: _____

2.- Primer Suplente: _____

3.- Segundo Suplente: _____

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

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

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (Si le faltó espacio en la Primera Página, utilice este espacio)

Lined area for text entry, consisting of 25 horizontal lines within a blue border.

FIRMA ASEGURADORA

FIRMA AFILIADO O BENEFICIARIO

(Para su trámite, esta presentación DEBE estar firmada por ambas partes)

Mas información respecto a Mediación con Aseguradoras en:

www.supersalud.gob.cl