

Formulario de reclamo

Alza de Precio Base de un plan de salud de isapre

Este formulario le permitirá manifestar ante la Superintendencia de Salud el descontento de un afiliado por el alza unilateral del precio base por parte de una isapre.

Antecedentes del usuario

RUT

Nombres (legal y/o social)

Apellido paterno

Apellido materno

Género

Masculino

Femenino

Otro

Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)

Edad

Isapre contra la que reclama

Teléfono de contacto

Dirección

Región

Comuna

Correo electrónico

Notificaciones (seleccione el medio por el cual desea recibir la respuesta a este reclamo)

Mediante correo electrónico

Mediante carta certificada



Descripción del reclamo

Materia reclamada

La Isapre a la que estoy afiliado (a) me ha comunicado el alza del precio base de mi plan de salud, decisión con la que estoy en total desacuerdo, ya que la Isapre no ha justificado este aumento de precio, el que considero arbitrario.

Petición concreta

Solicito la intervención de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, para que en su calidad de Tribunal Arbitral, deje sin efecto el alza de precio base de mi plan de salud notificada por la Isapre, a través de la carta de adecuación que adjunto a continuación.

Documentos requeridos

- Fotocopia de la cédula de identidad del cotizante o beneficiario, por ambos lados.
- Fotocopia de la Carta de Adecuación remitida por la Isapre, en forma íntegra (copia de todas sus páginas).
- Si presentó previamente una solicitud o reclamo en la ISAPRE: copia de dicha gestión. Si tiene la respuesta también debe adjuntarla.

Firma reclamante