

REPUBLICA DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES  
DE SALUD PREVISIONAL

-----

ORDINARIO CIRCULAR 30/N° 031

ANT.: No Hay.

MAT.: Establece formato mínimo del F.U.N. y dicta disposiciones sobre su llenado.

SANTIAGO, 03 AGO 1985

DE: SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL

A: SEÑORES GERENTES GENERALES ISAPRE

Esta Superintendencia con el objeto de ajustar conforme a la Ley N°19 381 las actuales instrucciones impartidas sobre la materia, viene en establecer el formato del Formulario Unico de Notificación (F.U.N.) y dictar disposiciones sobre su llenado.

Este formulario se refiere a los antecedentes mínimos exigidos por este Organismo, pudiendo las Instituciones, en todo caso, agregar en cualquier sección, aquella información que estimen pertinente.

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, y un tercero, de color rosado para el cotizante.

Adicionalmente, la ISAPRE podrá agregar otras copias que estime pertinentes.

Cada copia deberá indicar el destinatario en el costado izquierdo.

- Será emitido por la ISAPRE con foliación correlativa, a la cual debe agregarse el código de la ISAPRE emisora, separado con un guión

- Deberá ser confeccionado con el procedimiento de calco químico, en cuyo caso deberá ser llenado manualmente con letra imprenta. Asimismo, podrá emitirse computacionalmente en los casos que se señalaren más adelante, usando la impresión laser como procedimiento alternativo al citado calco químico.

Se hace presente que deberá utilizarse un solo formulario para notificar dos o más modificaciones contractuales que sean simultáneas. En tales situaciones, los Tipos de Notificación no deberán separarse con símbolos tales como guión, asterisco, punto, etc.

A su vez, cuando la notificación lo requiera, se llenarán tantos formularios como entidades encargadas del pago de la cotización existan. Los datos de cada formulario deberán corresponder a la entidad respectiva, por ejemplo: renta imponible.

En caso de existir un beneficiario cotizante se debe llenar otro F.U.N. para el y la respectiva entidad encargada del pago de su cotización.

#### 1.- TIPO DE NOTIFICACION N°1: Suscripción de Contrato.

Deberán llenarse los antecedentes que se indican en las Secciones que se señalan:

Sección A Se consignará en el recuadro correspondiente a Tipos de Notificación el número 1.

Se deberá identificar el tipo de cotizante si se trata del titular o del beneficiario que aporta su cotización de salud en los términos que establece el artículo 41 de la Ley N°18.933, de la siguiente manera.

- 1 = cotizante titular
- 2 = beneficiario cotizante

Sección B Identificar al cotizante con el N° de su cédula de identidad, Rol Unico Nacional (R.U.N.) y nombre completo, su domicilio particular con indicación de calle, número, departamento, block, cuando corresponda, etc comuna, ciudad, región y número de teléfono.

En el recuadro sexo, se deberá consignar la letra "M" para masculino y la letra "F" para femenino.

En el recuadro tipo de trabajador, se deberá completar con las letras que se indican, según el tipo de trabajador que se trate:

- D = Dependiente
- I = Independiente
- P = Pensionado
- V = Voluntario

En el caso que un trabajador detente más de una de las calidades señaladas, se deberán llenar tantos formularios, como éstas sean.

N° de entidades encargadas del pago de la cotización: Debera indicarse el total de entidades que concurren al pago de la cotización, en el momento de la suscripción.

Institución de Salud anterior. Deberá identificarse a la Institución de Salud en la que cotizaba con anterioridad a la suscripción del contrato, con el nombre completo o su respectiva sigla. Para aquellos afiliados que no cotizaban en ninguna Institución de Salud este campo no deberá completarse.

Código de la Institución de Salud anterior. Indicar el código de la respectiva ISAPRE que se hubiese asignado al registrarla o los números 999 cuando corresponda al FONASA.

Nombre A.F.P. o Institución de Previsión. Completar sólo en caso de trabajadores activos.

Sección C. Debe utilizarse sólo en caso de trabajadores dependientes o pensionados.

Consignara el RUT del empleador, nombre o razón social, teléfono, el domicilio con indicación de calle, número, departamento, block, en su caso, etc. donde debe enviarse la correspondencia al empleador, comuna, ciudad y región.

Sección D. Corresponderá consignar:

- Mes y año de inicio de vigencia de beneficios
- Mes y año de la primera remuneración que quedará afecta a la cotización
- Renta imponible: Se deberá llenar en todos los casos, cualquiera sea la modalidad en que se pacte la cotización.
- Mes de anualidad. Corresponderá al mes en que se suscribe el contrato.
- Monto y modalidad en que se expresa la cotización. Deberá señalarse si la cotización se expresa en U.F., en la moneda de curso legal en el país o en un porcentaje de la renta imponible. De expresarse la cotización en un porcentaje de la remuneración imponible, dicho porcentaje deberá incluir el correspondiente a la cotización adicional del artículo 8° de la Ley N°18.566, cuando correspondiere.

Tratándose de trabajadores dependientes o pensionados, la renta imponible deberá corresponder a lo consignado en la liquidación de remuneración o pensión emitida por la entidad encargada del pago de la cotización, del mes anterior a la suscripción, o en su defecto, lo estipulado en el contrato de trabajo. En el caso de los independientes se deberá anotar la renta declarada en la A.F.P.

- Cotización Ley N°18.566. Deberá consignarse el porcentaje de esta cotización que corresponda (hasta un 2% de la remuneración imponible de los trabajadores dependientes), según sea la remuneración del cotizante, anterior a la suscripción del contrato y el número de familiares beneficiarios que tenga a la misma fecha. El porcentaje aludido deberá determinarse por el empleador antes de llenar el campo y establecer el plan al cual el cotizante quedará adscrito, de acuerdo con el procedimiento establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.566.

- Renuncia desahucio. Deberá completarse sólo en los casos de los planes que no pueden desahuciarse por un periodo determinado. Se deberá indicar el periodo completo, expresado en años y meses, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo. Este periodo se cuenta desde el inicio de vigencia de beneficios, por lo que incluye el primer año.
- Tipo de plan. Deberá identificarse si se trata de un plan de tipo i= individual, m= grupal-matrimonial, c= grupal colectivo, o cualquier otro que la Isapre desee incluir.
- Código plan. Deberá indicarse el código interno que le asigna la Isapre al plan.
- Nombre plan. Deberá indicarse el nombre comercial del plan.
- Nómina de beneficiarios especificar para cada beneficiario.
- Código de movimiento (01 = entra, porque se trata de suscripción de contrato)
- N° de Cédula de Identidad del beneficiario, Rol Unico Nacional (R.U.N.)
- fecha de nacimiento (mes y año),
- sexo (M = Masculino, F = Femenino),
- tipo de beneficiario (01 = familiar beneficiario y 02 = carga médica),
- código de relación (01 = cónyuge, 02 = padre, 03=madre, 04 = hijos, 05 = otros).
- Total beneficiarios. Deberá señalarse el número total de beneficiarios del contrato, debiendo considerar al cotizante, a los familiares beneficiarios y a las cargas médicas.

Nota Opcionalmente, las Instituciones podrán agregar en esta sección un recuadro para especificar el valor de la U.F. que deberá considerarse para efectuar la conversión de dicha unidad a pesos.

Sección E Identificación del Agente de Ventas: Se consignará respectivamente la firma y R.U.T. del agente que intervenga en la negociación del contrato.

Firmas del habilitado de la Isapre y del cotizante, deben efectuarse simultáneamente, con indicación de las fechas efectivas de suscripción. En el evento que el habilitado de la ISAPRE para suscribir el contrato de salud previsual, sea el mismo agente de ventas que intervino en la negociación del contrato, se deberán completar los dos casilleros correspondientes del formulario, aunque se repita la firma.

Firma del encargado del pago de la cotización y fecha de la notificación (sólo para trabajadores dependientes o pensionados). Esta última deberá efectuarse dentro del plazo que establece el artículo 29 de la Ley N°18.933.

2. - TIPO DE NOTIFICACION N°2: Término de contrato por parte de la ISAPRE

Este formulario podrá ser llenado manual o computacionalmente.

Deberán llenarse los antecedentes que se indican en las secciones que se señalan.

Sección A Se deberá consignar en el recuadro correspondiente a Tipos de notificación el número 2. Se indicará el tipo de cotizante 1 si es un cotizante titular y 2 si es un beneficiario cotizante.

Sección B Se deberá completar

- N° de Cédula de identidad (R.U.N.)
- Nombre
- Domicilio. Deberá corresponder al último domicilio del cotizante registrado en la ISAPRE. Consignar calle, número, departamento, block, etc.
- Comuna
- Ciudad
- Región
- Teléfono
- Número de entidades encargadas del pago de la cotización. El número consignado, deberá corresponder al número de formularios que se llenen.

Sección C Debe utilizarse sólo en caso de trabajadores dependientes o pensionados.

Completar

- RUT
- Nombre o razón social
- Teléfono
- Domicilio Deberá corresponder al último domicilio del empleador registrado en la Isapre.
- Comuna
- Ciudad
- Región

Deberá estipularse la fecha de emisión del documento y la firma del habilitado de la Isapre.

La copia correspondiente al empleador y /o a la entidad encargada del pago de la pensión deberá notificarse a estos mediante el procedimiento y en los plazos establecidos al efecto.

3. - TIPO DE NOTIFICACION N°4:

3.1. Sustitución, adición o eliminación de empleador.

3.2. Cambio de condición laboral (de dependiente a independiente o viceversa).

3.3. Cambio de situación previsional (de trabajador a pensionado o viceversa)

Este formulario se puede llenar en forma manual o computacional.

Se deberán completar los antecedentes que se indican en las Secciones que se señalan.

Sección A Consignar en el recuadro correspondiente a Tipos de Notificación el número 4. Completar con 1 si es cotizante titular o 2 si es beneficiario cotizante.

Sección B Corresponderá llenar los siguientes datos

- N° de Cédula de identidad (R.U.N.)
- Nombre del cotizante
- Domicilio con indicación de calle, número, departamento, block, etc.
- Comuna
- Ciudad
- Región
- Teléfono
  
- Tipo de trabajador En caso de cambio de condición laboral o previsional del cotizante, se consignará la última condición adquirida. Si se agrega un empleador o entidad encargada del pago de la pensión, se deberá indicar su calidad de dependiente o pensionado, según corresponda. Si se elimina un empleador o entidad encargada del pago de la pensión, no deberá llenarse este campo.
  
- Número de entidades encargadas del pago de la cotización: Se deberá indicar el número de entidades que correspondan a la situación laboral y/o previsional actual del afiliado.
  
- Nombre de la A.F.P. o Institución de previsión: Corresponderá completar este dato en el caso de trabajadores activos (con el propósito de actualizar esta información).

Sección C

3.1. Cuando se trate de sustitución o adición de empleador, se deberá completar con los datos del nuevo empleador, lo siguiente:

R.U.T.

Nombre o razón social

Teléfono

Domicilio (indicar calle, N°, Depto., Block, etc.)

Comuna

Ciudad

Región

Modificación (s= sustituye, a= adición y e= eliminación)

Si se elimina un empleador, sólo deberá identificarse el nombre o la razón social del empleador que se elimina.

3.2. Cuando se produzca un cambio de la condición laboral del trabajador de independiente a dependiente, se deberá completar todos los datos del nuevo empleador señalados en el punto anterior. El campo "Modificación" no debe llenarse.

Tratándose de un trabajador dependiente que pase a ser independiente, deberán completarse todos los datos del empleador que se elimina. El campo "Modificación" se llenará con la letra e= elimina.

3.3 En los casos de cambio en la condición previsional del cotizante, se completaran todos los datos correspondientes a la A.F.P., Compañía de Seguros o Institución de Previsión, respectiva (si pasa de trabajador a pensionado) o del empleador (si pasa de pensionado a trabajador). En el campo "Modificación" se colocará una s = sustituye.

Sección D No deberá llenarse en estos casos.

Sección E Se deberá identificar el Agente de Ventas consignándose su firma y su R.U.T.

Consignar la firma del habilitado de la Isapre y del cotizante y la fecha de emisión del Formulario. Cuando la ISAPRE detecte que el cotizante omitió la notificación de cambio de empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión, esta confeccionará y remitirá el formulario correspondiente, sin necesidad de la firma del cotizante.

La copia del empleador y/o de la entidad encargada del pago de la pensión, deberá notificarse a cada uno de estos según corresponda, obteniendo la firma respectiva en el original destinado a la Isapre, dentro del plazo establecido para estos efectos. Se exceptúa de este trámite el formulario emitido para efectos de eliminar un empleador.

#### 4.- TIPOS DE NOTIFICACION N°s 5, 7, 8 y 9 referidas a modificaciones del contrato.

En todas las situaciones deberán llenarse los antecedentes que se indican.

Sección A Se consignará en el recuadro correspondiente a Tipos de Notificación, el o los números que correspondan, según sean las modificaciones que se notifiquen.

Se identificará el tipo de cotizante (1 = titular o 2 = beneficiario cotizante).

Sección B Se deberán llenar los siguientes antecedentes del cotizante.

- N° de Cédula de Identidad (R.U.N.)
- Nombre
- Domicilio actualizado del cotizante (Indicar calle, número, departamento, block, etc.)
- Comuna
- Ciudad
- Región
- Teléfono
- Número de entidades encargadas del pago de la cotización, sólo cuando se trate de un cambio de la cotización pactada (modificación tipo 8).

#### Sección C

Deberá llenarse para tipo de notificación N°8, en el caso de trabajadores dependientes o pensionados. El recuadro correspondiente a "Modificación" no se llena.

Sección D:

Tipo de notificación 5: Cambio de fecha para contabilizar los periodos anuales.

Este tipo de notificación solo podrá realizarse para cotizantes con contratos vinculados a planes grupales, ya sea colectivo, matrimonial u otros. El cambio de la fecha para contabilizar los periodos anuales, deberá corresponder a la que se requiera para que los contratos vinculados tengan el mismo mes de cumplimiento del periodo anual.

Se deberá llenar los siguientes datos:

- Inicio de vigencia de beneficios
- Anualidad
- Tipo de Plan

Tipo de notificación 7: Cambio en el número o modificación del tipo de beneficiario.

Cuando se desee incluir o eliminar beneficiarios del contrato o modificar el tipo de beneficiario, se deberá completar:

- Inicio de vigencia de beneficios
- Total de beneficiarios. Se deberá indicar el N° total de beneficiarios del contrato a esa fecha (incluido el cotizante)
- La información correspondiente a cada beneficiario, en el recuadro Nómina de Beneficiarios, consignando lo siguiente
- Código de movimiento: 1 en caso de agregar, 2 si elimina o 3 si modifica el tipo de beneficiario, esto es, de familiar beneficiario a carga médica o viceversa, quedando la calidad de beneficiario actualizada.
- N° de Cédula de Identidad del beneficiario (R.U.N.). Si se trata de un nonato, completar con dígitos 00
- Nombre del Beneficiario: Apellido paterno, apellido materno y nombres. Si se trata de un nonato, se deberá consignar las letras NN.
- F.N. Fecha de Nacimiento, se indicará mes y año de nacimiento, salvo en caso de nonato.
- Sexo M = masculino, F = femenino. Para el caso de los nonatos, este campo no deberá llenarse.
- Tipo de Beneficiario. Para establecer la calidad del beneficiario que se mantenga.
- Código de Relación Para establecer la relación con el cotizante. (Códigos especificados en punto 1).



Tipo de notificación B: Modificación de la cotización pactada.

Se deberán llenar los siguientes campos:

- "Cotización a descontar..." Debe consignarse el mes y año al cual corresponde la remuneración afecta a la cotización de salud que se está notificando. Cuando se trate de un recién nacido o nonato, la primera cotización a descontar será la devengada en el mes anterior al nacimiento.
- Renta Imponible. Deberá corresponder a la renta imponible anterior al mes de modificación de la cotización pactada o en su defecto, la registrada en el contrato de trabajo o la última renta imponible registrada en la planilla de declaración y pago de cotizaciones recibida en la ISAPRE.
- Mes de anualidad. Corresponderá al mes de suscripción del contrato o al mes en que este se ajustó a las modificaciones introducidas por la Ley N°19.381 o al que determine el FUM 5, según corresponda.
- Monto y modalidad en que se expresa la cotización. Consignar la cotización pactada total, incluido el incremento o la disminución de esta por efecto de la modificación en el número de beneficiarios.
- Cotización Ley N°18.566. Actualizar el porcentaje de acuerdo con la información existente al mes anterior al cambio de la cotización pactada.

Nota: Para precios expresados en U.F. deberá completar el campo de valor de conversión de la U.F., si optó por crear el correspondiente recuadro.

Sección E Identificación del Agente de Ventas. se consignará la firma y R.U.T. del agente que intervenga en la negociación de la modificación.

Deberán consignarse las firmas del habilitado de la Isapre y del cotizante, excepto cuando el precio cambie producto de la revisión anual del contrato y el cotizante no fuere habido o se negare a firmar. Asimismo, se deberán indicar las fechas efectivas de modificación. En el evento que el habilitado de la ISAPRE para modificar el contrato sea el mismo agente de ventas que intervino en dicha modificación, se deberán completar necesariamente los dos casilleros correspondientes del formulario aunque se repita la firma.

Firma del encargado del pago de la cotización y fecha de la notificación (solo para trabajadores dependientes o pensionados). Esta última deberá efectuarse dentro del mismo plazo establecido en el artículo 29 de la Ley N°18.933.

Se adjunta al presente Oficio Circular el formato del Formulario Único de Notificación.

Las presentes instrucciones entraran en vigencia el dia 1 de octubre de 1995. Por consiguiente, se amplia el plazo para utilizar el formato del F.U.N establecido en la Circular N°8, de 1991, hasta el 30 de septiembre próximo, debiendo estamparse en forma legible, de su puño y letra, la firma y código de identificación del Agente de Ventas, en el costado izquierdo de todos los F.U.N. que tramiten

Saluda atentamente a ustedes.



MARIA ELENA ETCHEBERRY COURT  
SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES  
DE SALUD PREVISIONAL

DISTRIBUCION

- \* SRES. GTES. GRALES. ISAPRE
- \* SUPERINTENDENTE DE ISAPRE
- \* FISCALIA
- \* DEPARTAMENTO CONTROL
- \* SUBDEPTO. PLANIFICACION
- \* OFICINA DE PARTES.