



Reclamo N° : \_\_\_\_\_

Fecha ingreso : \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE RECLAMO EN CONTRA DE RESOLUCION DE ISAPRE**

(Sírvasse llenar todos los datos solicitados. Copia de esta presentación se remitirá a su Isapre)

**1.- Identificación del(la) Trabajador(a):**

Ap. Paterno:	Ap. Materno:	Nombres:	
RUT :	Edad :	Sexo: M__ F__	Fono :
Dirección :			Comuna :
Prof. u oficio :			ISAPRE :
Nombre Empleador :			Fono :

**2.- Reclama contra la modificación de su Licencia Médica por la ISAPRE por la causal:**

Detalle de la licencia reclamada:				Marque con una X la resolución de la Isapre sobre su licencia :			Fecha de Notificación
N° Licencia:	Desde:	Hasta:	N° días	Rechazo.	Reducción.	Error en cálculo de subsidio	

**otra causa** (especifique): \_\_\_\_\_  
Diagnóstico(s) : \_\_\_\_\_  
Médico tratante : \_\_\_\_\_ Especialidad : \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del(la) niño(a) menor de un año si es Licencia tipo 4 : \_\_\_\_\_

**3.- Antecedentes y Fundamentos del reclamo :**

¿Sus licencias son continuadas? : SI__ NO__	¿Por el mismo Diagnóstico? : SI__ NO__
¿Desde cuándo? :	¿Se reintegró a trabajar después de esta(s) licencia(s) : SI__ NO__
¿Por qué NO ? :	
¿Fue citado a Peritaje por la ISAPRE?: SI__ NO__	¿Acudió?: SI__ NO__ Fecha :
¿Por qué NO ? :	
¿Tiene reclamos anteriores? : SI__ NO__	Fecha de último reclamo :

**Motivo del reclamo:** explique brevemente por qué no está de acuerdo con la Resolución de la Isapre.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ADJUNTA : INFORME MEDICO \_\_\_\_, EXAMENES \_\_\_\_, OTROS: \_\_\_\_\_  
Nota: Si el motivo del rechazo por parte de la Isapre es por presentación fuera de plazo, debe adjuntar la Sección A.2 de la Licencia (Comprobante del trabajador), donde consta la fecha en que presentó su licencia a su empleador.

**NOTA.-** El plazo para efectuar el reclamo es de 15 días hábiles a contar de la fecha en que recibió la notificación por escrito de su ISAPRE, (rechazo o reducción).

**DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES APORTADOS SE AJUSTAN A LA VERDAD Y ASUMO MI RESPONSABILIDAD DE COMPROBARSE LO CONTRARIO.**

NOMBRE TRABAJADOR(A)

RUT

FIRMA

**DEBE TRAER**

REPOSO INJUSTIFICADO	FUERA DE PLAZO POR EMPLEADOR	FUERA DE PLAZO POR TRABAJADOR	POR MAL CÁLCULO DE SUBSIDIO	PATOLOGÍA IRRECUPERABLE
Colilla de Licencia Médica Notificación Isapre Informe Médico o Exámenes Médicos	Colilla de Licencia Médica Notificación Isapre Carta de Recepción o Institución donde presentó LLMM Carta empleador explicando atraso de la presentación	Colilla de Licencia Médica Notificación Isapre	Colilla de Licencia Médica Comprobantes de pagos de subsidios 3 Últimas liquidaciones de sueldos 6 Últimas cotizaciones de AFP	Colilla de Licencia Médica Notificación Isapre Informe Médico Inicio Trámite de Pensión

## USO EXCLUSIVO DE COMPIN, (MEDICO CONTRALOR)

<b>CONSIDERANDO</b> (causales de resolución) :

**SE CONCLUYE :**

**RESOLUCIÓN N°**

	<b>ACOGER</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> íntegramente la L. M. Individualizada
	<b>ACOGER PARCIALMENTE</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> la L. M. N° _____, por _____ días.
	<b>RECHAZAR</b> el reclamo, confirmando la resolución de la Isapre.
	<b>Otro</b> , (especificar)

\_\_\_\_\_  
**Firma y Timbre de médico contralor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Resolución**

**MODIFICACIÓN POSTERIOR**, (si procede) :

<b>CONSIDERANDO :</b>	
	Recurso de Reposición, (Ley 18.880)
	Oficio Ord. de SUSESO N° _____, del ____ / ____ / ____
	Otro, (especificar):

**SE CONCLUYE :**

**RESOLUCIÓN N°**

	<b>Anular la Resolución N°</b> _____ <b>y ACOGER</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> íntegramente la L. M. Individualizada
	<b>Anular la Resolución N°</b> _____ <b>y ACOGER PARCIALMENTE</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> la L. M. N° _____, por _____ días.
	<b>Confirmar la Resolución N°</b> _____ <b>que RECHAZO</b> el reclamo, confirmando la resolución de la Isapre.
	<b>Otro</b> , (especificar):

\_\_\_\_\_  
**Firma y Timbre de médico contralor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Resolución**