Superintendencia de Seguridad Social

Gobierno de Chile

FORMULARIO TRÁMITE RECONSIDERACIONES Y APELACIONES

MOTIVO DEL TRÁMITE (MATERIA) Uso interno

FECHA DÍA MES AÑO

IDENTIFICACIÓN

RUN –

NOMBRES

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

CORREO ELECTRÓNICO

Autoriza la notificación vía correo electrónico SI NO

Marque con una X

TELÉFONO FIJO O CELULAR

DOMICILIO

CALLE

NÚMERO

DPTO.

VILLA O POBLACIÓN

COMUNA

USTED ES UN/A TRABAJADOR/A:

Marque con una X

- DEPENDIENTE
- INDEPENDIENTE
- DESEMPLEADO
- PENSIONADO
  - INVALIDEZ
  - VEJEZ

MARQUE SI TIENE FONASA O ISAPRE

Marque con una X

- FONASA
- ISAPRE
  - Banmédica
  - Consalud
  - Colmena
  - CruzBlanca
  - Nueva Masvida
  - Vida Tres
  - Otra:

¿CUÁL ES SU SISTEMA DE PENSIONES?

Marque con una X

- AFP
- Indique el nombre
- IPS
- CAPREDENA
- DIPRECA

ENTIDAD CONTRA LA QUE RECLAMA

MUTUALIDAD:

COMPIN:

CAJA DE COMPENSACIÓN:

OTRA:

DOCUMENTOS ENTREGADOS

- ANTECEDENTES MÉDICOS (Informe y exámenes)
- OTROS ANTECEDENTES
  - Cuáles:

- Presento personalmente el trámite
- Presento el trámite a nombre de otra persona (debe adjuntar poder simple)

FIRMA

CONTINÚA AL REVERSO

ENTREGAR ESTE DOCUMENTO EN OFICINAS DE CHILEATIENDE O EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL

FORMULARIO TRÁMITE RECONSIDERACIONES Y APELACIONES

RESOLUCIONES A RECONSIDERAR O APELAR

1)

2)

3)

CARTA DE PRESENTACIÓN

Explique el motivo por el cual iniciará un trámite en esta Superintendencia, toda la información que usted considere importante nos servirá para analizar su caso.

FIRMA

ENTREGAR ESTE DOCUMENTO EN OFICINAS DE CHILEATIENDE O EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL