

FORMULARIO PARA PRESENTACIÓN DE DENUNCIA ANTE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGURIDAD SOCIAL, POR PARTE DE UN AFILIADO A ISAPRE, EN CONTRA DEL CONTRALOR MÉDICO DE DICHA INSTITUCIÓN EN CASO DE RECHAZAR O MODIFICAR UNA LICENCIA MÉDICA SIN JUSTIFICACIÓN QUE RESPALDE SU RESOLUCIÓN, O SIN EXPRESIÓN DE CAUSA



DENUNCIANTE

Nombre Completo:
RUN:
Domicilio (Calle, N°, Dpto., Comuna, Ciudad):
Número de Teléfono:
Correo Electrónico:

Denuncia de particular en contra de contralor médico de Isapre

Artículo 8° de la Ley N° 20.585

DATOS DEL CONTRALOR MÉDICO QUE PRONUNCIÓ LA(S) LICENCIA(S) MÉDICA(S)

Nombre Completo del Contralor Médico:
Domicilio Laboral:
ISAPRE:

En caso que se disponga, complete la siguiente información
RUN:
Correo Electrónico:
Teléfonos:

DENUNCIA

Folio(s) de la(s) Licencia(s) Médica(s) involucrada(s):

Fecha de Emisión:

Consignación de los hechos que justifican la denuncia: (razón por la cual se entiende que la licencia médica fue rechazada o modificada sin justificación o causa de respaldo):

Otros Antecedentes de Referencia (en caso que se disponga de antecedentes adicionales):

Firma del Denunciante: _____

Fecha: _____