SUPERINTENDENCIA DE SALUD

FORMULARIO
SOLICITUD DE MEDIACIÓN CON ASEGURADORAS
(POR FAVOR, LLENE TODOS LOS CAMPOS CORRESPONDIENTES)

IMPORTANTE: Los Honorarios del Mediador son de cargo de las partes (reclamant

N° INGRESO _____

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AFILIADA (a Fonasa o a la Isapre)

Nombre completo: _____ **Sexo (F, M, Otro)** ☐

R.U.T.: _____ - ___ **Edad:** ___ **Correo electrónico:** _____

Teléfono: _____

Aseguradora: ☐ **Fonasa** ☐ **Isapre** _____

(Escriba el nombre de su Isapre)

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AFECTADA (En caso de ser beneficiario)

Nombre completo: _____ **Sexo (F, M, Otro)** ☐

R.U.T.: _____ - ___ **Edad:** ___ **Correo electrónico:** _____

Teléfono: _____

Relación con el/la Paciente: ☐ **Familiar:** _____ ☐ **Otro:** _____

(Especifique) **(Especifique)**

IDENTIFICACIÓN DEL O LA REPRESENTANTE:

Nombre completo: _____ **Sexo (F, M, Otro)** ☐

R.U.T.: _____ - ___ **Edad:** ___ **Correo electrónico:** _____

Teléfono: _____

Relación con el/la Paciente: ☐ **Abogado**

☐ **Familiar** _____ ☐ **Otro:** _____

(Especifique) **(Especifique)**

MEDIADORES SELECCIONADOS (según preferencia) El Registro de Mediadores se encuentra en: www.supersalud.gob.cl

Es importante que los mediadores seleccionados tengan su residencia en la región de la aseguradora

	Nombre	Apellido
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:

SOLICITUD CONCRETA A LA ASEGURADORA: (Señale qué espera como resultado del proceso de mediación)

IMPORTANTE: Los Honorarios del Mediador son de cargo de las partes (reclamante y aseguradora)

FIRMA

(Para su trámite, esta presentación debe estar firmada)

NOTIFICACIÓN (Completar solamente en su PRIMERA PRESENTACIÓN, o en caso de MODIFICAR su anterior correo electrónico)

¿Desea ser notificado mediante correo electrónico?

NO _____	Si selecciona "NO", será notificado de las actuaciones y resoluciones que tengan lugar en su reclamo, conforme a las reglas generales (por carta certificada o personalmente)
SI _____	Ud. Autoriza como medio de notificación preferente la notificación electrónica en la dirección de correo que indica a continuación. Así mismo, reconoce y declara haber leído y aceptar las Condiciones asociadas a ella, que constan en el documento anexo, que con esta finalidad le fue entregado
Correo electrónico para notificación	
Reingresar correo electrónico	

SI NO DESEA SER NOTIFICADO MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO INDIQUE LA DIRECCIÓN DONDE RECIBIRÁ LA INFORMACIÓN DE LOS AVANCES Y/O RESULTADOS DE SU RECLAMO:

CORRESPONDE A DIRECCIÓN DE: ☐ **PACIENTE** ☐ **RECLAMANTE** ☐ **REPRESENTANTE**

_____

_____

_____

(Escriba dirección completa: Calle, N°, Depto., Pobl. o Villa, Comuna, Ciudad)