

ORDINARIO CIRCULAR 3C/N° 42

SANTIAGO, 25 AGO 2003

**MODIFICA EL ORDINARIO CIRCULAR 3C/N°31 DEL 3 DE AGOSTO DE 1995,
QUE IMPARTE INSTRUCCIONES SOBRE EL FORMATO MÍNIMO DEL F.U.N. Y
DICTA DISPOSICIONES SOBRE SU LLENADO**

Esta Superintendencia, en el ejercicio de sus facultades legales, impartió instrucciones sobre el formato del Formulario Único de Notificación (F.U.N.) y dictó disposiciones sobre su llenado, mediante el Ord. Circular singularizado en el título.

Con ocasión de la presentación efectuada por una isapre y atendida la revisión practicada al referido instructivo, se ha resuelto modificarlo en los aspectos que a continuación se indican:

1.- Se reemplaza el párrafo tercero por el siguiente:

"El F.U.N. tendrá las siguientes características:

- Constará de tres ejemplares: uno, para la isapre; otro, para el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y, un tercero, para el cotizante.

Adicionalmente, la isapre podrá agregar otros ejemplares que estime pertinentes.

Cada ejemplar deberá indicar el destinatario en la parte superior, inmediatamente debajo de la expresión "Formulario Único de Notificación".

- Será emitido por la isapre con foliación correlativa, a la cual debe agregarse el código de la isapre emisora, separado con un guión.
- Podrá ser confeccionado con el procedimiento de calco químico o a través de la emisión computacional de los ejemplares correspondientes. En el primer caso, si el llenado se realiza manualmente, los registros deberán consignarse con letra de imprenta.

Cuando la isapre confeccione computacionalmente los F.U.N. que emita y suscriba, deberá adoptar todos los resguardos que garanticen la absoluta consistencia e igualdad de los datos consignados en los respectivos ejemplares computacionales.

Todos los ejemplares deberán ser suscritos por quienes corresponda en cada caso".

- 2.- En el Tipo de Notificación N°2, del punto 2, se elimina la primera expresión que indica "Este formulario podrá ser llenado manual o computacionalmente".
- 3.- En el último párrafo del punto 2, primera línea, se reemplaza la expresión "La copia" por "El ejemplar".
- 4.- En el Tipo de Notificación N°4, del punto 3, se elimina la expresión del segundo párrafo que señala "Este formulario se puede llenar en forma manual o computacional".
- 5.- El último párrafo del instructivo, se reemplaza por el siguiente:

"Deberá 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 se tramiten".
- 6.- Las presentes modificaciones entrarán en vigencia a contar de la fecha de su notificación.
- 7.- En mérito de las modificaciones señaladas precedentemente, fijase el siguiente texto refundido del Ord. Circular N°31, de fecha 3 de agosto de 1995.

ESTABLECE FORMATO MÍNIMO DEL F.U.N. Y DICTA DISPOSICIONES SOBRE SU LLENADO

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 Único 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: uno, para la isapre; otro, para el empleador y/o entidad encargada del pago de la pensión y, un tercero, para el cotizante.

Adicionalmente, la isapre podrá agregar otros ejemplares que estime pertinentes.

Cada ejemplar deberá indicar el destinatario en la parte superior, inmediatamente debajo de la expresión "Formulario Único de Notificación".

- Será emitido por la isapre con foliación correlativa, a la cual debe agregarse el código de la isapre emisora, separado con un guión.
- Podrá ser confeccionado con el procedimiento de calco químico o a través de la emisión computacional de los ejemplares correspondientes. En el primer caso, si el llenado se realiza manualmente, los registros deberán consignarse con letra de imprenta.

Cuando la isapre confeccione computacionalmente los F.U.N. que emita y suscriba, deberá adoptar todos los resguardos que garanticen la absoluta consistencia e igualdad de los datos consignados en los respectivos ejemplares computacionales.

Todos los ejemplares deberán ser suscritos por quienes corresponda en cada caso.

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 él y la respectiva entidad encargada del pago de su cotización.

1.- TIPO DE NOTIFICACIÓN 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 Único 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: Deberá 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.

Consignará 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.**

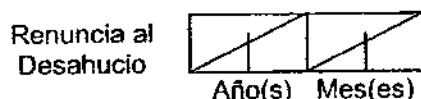
Sección D. Corresponderá consignar:

- **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 período determinado. Se deberá indicar el período completo, expresado en años y meses, durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciarlo. Este período se cuenta desde el inicio de vigencia de beneficios, por lo que incluye el primer año.
- Cuando el afiliado manifieste su opción por no renunciar al desahucio del contrato de salud por un período determinado, la Isapre deberá inutilizar cada uno de los recuadros destinados a indicar dicha situación. Específicamente, se deberá trazar una línea recta desde el costado inferior izquierdo al costado superior derecho del recuadro denominado "Renuncia al Desahucio", a través del que se indica el período completo durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciar el contrato, el que se encuentra expresado en años y meses.²

Asimismo, se deberá aplicar el procedimiento antes señalado, en aquellos casos en que la Isapre haya determinado agregar un recuadro para complementar esta información, en el sentido de fijar la procedencia de la renuncia al desahucio.

La citada instrucción se ve reflejada, de la siguiente manera, en el recuadro a continuación:



- **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** (O1 = entra, porque se trata de suscripción de contrato)
 - **Nº de Cédula de Identidad del beneficiario, Rol Único Nacional (R.U.N.);**

² Este párrafo y los 2 siguientes fueron introducidos por el Ord. Circular N°23, del 6 de mayo de 1999.

- **Fecha de nacimiento** (mes y año);
 - **Sexo** (M = Masculino, F= Femenino);
 - **Tipo de beneficiario** (O1 = familiar beneficiario y O2= carga médica);
 - **Código de relación** (O1= cónyuge, O2= padre, O3= madre, O4= hijos, O5= 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 previsional, 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 NOTIFICACIÓN N° 2: Término de contrato por parte de la Isapre**

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.

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

3-. **TIPO DE NOTIFICACIÓN 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).**

Se deberán complementar 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 completarán 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: Deberá llenarse en los casos en que el cambio de empleador no implique una modificación del precio del plan. En tal situación, deberán consignarse los datos referidos a:

- Cotización a descontar a partir de Remuneración/Pensión de (Mes y año).
- Renta imponible
- Monto y modalidad en que se expresa la cotización
- Cotización Ley N° 18.566 ³

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, ésta 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 éstos 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 NOTIFICACIÓN N°s 5, 7, 8 y 9 referidas a modificaciones del contrato.**

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

³ Este párrafo fue modificado por el Ordinario Circular N° 44, del 13 de noviembre de 1995.

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 sólo 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 8: Modificación de la cotización pactada.

Este formulario se podrá llenar en forma computacional, cuando el cotizante nada diga respecto de las adecuaciones propuestas por la isapre, en el proceso de revisión anual de contrato.⁴

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

⁴ Este párrafo fue agregado por el Ordinario Circular N° 44, del 13 de noviembre de 1995.

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 éste se ajustó a las modificaciones introducidas por la Ley N°19.381 o al que determine el F.U.N. 5, según corresponda.
- **Monto y modalidad en que se expresa la cotización.** Consignar la cotización pactada total, incluido el incremento o la disminución de ésta 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.

Tipo de notificación 9: Cambio de plan. ⁵

- Cuando el afiliado manifieste su opción por no renunciar al desahucio del contrato de salud por un período determinado, la Isapre deberá inutilizar cada uno de los recuadros destinados a indicar dicha situación. Específicamente, se deberá trazar una línea recta desde el costado inferior izquierdo al costado superior derecho del recuadro denominado "Renuncia al Desahucio", a través del que se indica el período completo durante el cual el afiliado no podrá ejercer su derecho a desahuciar el contrato, el que se encuentra expresado en años y meses.

Asimismo, se deberá aplicar el procedimiento antes señalado, en aquellos casos en que la Isapre haya determinado agregar un recuadro para complementar esta información, en el sentido de fijar la procedencia de la renuncia al desahucio.

La citada instrucción se ve reflejada, de la siguiente manera, en el recuadro a continuación:



⁵ Este subtítulo y los 3 párrafos siguientes fueron introducidos por el Ord. Circular 3C/N°23, del 6 de mayo de 1999.

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.

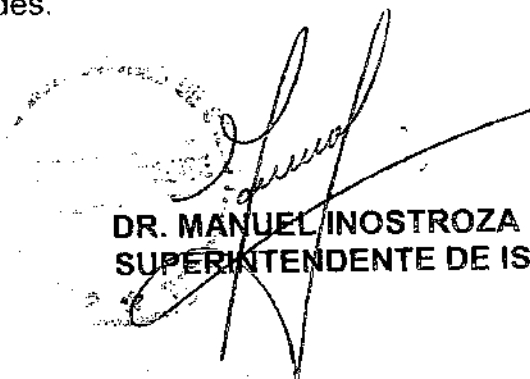
Deberán consignarse las firmas del habilitado de la Isapre y del cotizante, excepto cuando el precio cambie producto de la revisión anual del contrato y el cotizante no fuere habido o se negare a firmar. Asimismo, se deberán indicar las fechas efectivas de modificación. En el evento que el habilitado 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 (sólo 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.⁶

Deberá 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 se tramiten.

Saluda atentamente a ustedes.



DR. MANUEL INOSTROZA PALMA
SUPERINTENDENTE DE ISAPRES



UNA/IRV/TAM/AMAW
DISTRIBUCIÓN

- Sres. Gtes. Grales. Isapre
- Superintendente de Isapre
- Fiscalía
- Departamento Control
- Subdepto. de Normalización
- Agencias Zonales
- Oficina de Partes

⁶ El Ord. Circular N°32, del 3 de agosto de 1995, contiene el formato del F.U.N. y complementó estas instrucciones. Asimismo, el reverso del F.U.N. fue modificado por la Circular N°36 del 22 de julio de 1997, cuyo texto definitivo lo fijó la Resolución Exenta N°546 del 12 de abril de 2002.

SECCIÓN A: Antecedentes de la Notificación.

1. Suscripción de Contrato.
 2. Desahucio por Parte de la ISAPRE.
 3.
 4. Sustitución, adición o eliminación del empleador, cambio de situación laboral o previsional del cotizante.

5. Cambio de fecha para contabilizar los períodos anuales.
 6.
 7. Cambio en el número o modificación del tipo de beneficiario.
 8. Modificación de la cotización pactada.
 9. Cambio de Plan.

Tipo de Notificación: 1 Cotizante Titular 2 Beneficiario Cotizante

Tipo de Cotizante: 1 Cotizante Titular 2 Beneficiario Cotizante

N° de Cédula de identidad (RUN)

SECCIÓN B: Antecedentes del Cotizante.

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Donación

Fecha Comuna Sexo M F Tipo de Trabajador D Dependiente I Independiente P Pensionado V Voluntario

Ciudad N° de unidades encargadas del pago de cotizaciones Región Teléfono

Nombre A.F.P. o Instit. de Previsión Cód. AFP o Instit. de Prev. Institución de Salud Anterior Códige Institución Anterior

R.U.T.

SECCIÓN C: Antecedentes Empleador o Entidad encargada del pago de la Pensión.

Nombre o Razón Social Teléfono

Domicilio

Comuna Ciudad Región

Modificación: S= Sustituye A= Agrega E= Elimina

SECCIÓN D: Antecedentes del Contrato.

Inicio de Vigencia de Beneficio (mes a incluir) Mes Año Cotiza. a descontar a partir Mes Año Renta Imponible Anualidad (Mm)

Monto o Modalidad en que se expresa la cotización Cotización Ley N° 18.566 % Remuner. al Desahucio Año(s) Mes(es) Total de Beneficiarios

Tipo de Plan I Individual M Matrimonial C Grupal Colectivo

Código Plan Nombre Plan

Cód. Mov: 01 Extra, 02 Sale, 03 Modific. Tipo de Benef: 01 Fam. Benef, 02 Cargo Médico. Cód. Relación: 01 Conyuge, 02 Padre, 03 Madre, 04 Hijo, 05 Otro.

C	Ord	N° de Cédula de Identidad Beneficiario (RUN)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nacimiento		Sexo	Tipo de Benef	Cód. Relación
						Mes	Año			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

SECCIÓN E: Antecedentes de la ISAPRE.

R.U.T. Agente de Ventas Firma Agente de Ventas

Firma Habilitada ISAPRE
Fecha

Firma del Cotizante
Fecha

Firma (Hab. Empleador, AFP o Instit. Previsional)
Fecha

1.- CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTOS CONTRACTUALES

DOCUMENTOS ENTREGADOS	✓
Condiciones Generales del Contrato	
Selección de Prestaciones Valorizadas del Plan	
Mecanismos de Otorgamiento de los Beneficios Mínimos	
Anexos de Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas	
Otros:	

Sr. Cotizante: Firme esta constancia sólo si ha recibido los documentos indicados (✓)

FIRMA COTIZANTE

FECHA

2.- CONSTANCIA DE IMPEDIMENTO DE NOTIFICACIÓN DEL F.U.N.

CAUSAL QUE IMPIDE LA NOTIFICACIÓN	
A) RECHAZADO POR EL EMPLEADOR:	B) EMPLEADOR NO ES HABIDO:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
FECHA DE LA NOTIFICACIÓN: _____	
NOMBRE DEL ENCARGADO DE LA NOTIFICACIÓN: _____	
R.U.T.: _____	FIRMA: _____

NOTA:

LAS INSTRUCCIONES DE LLENADO DE ESTAS CONSTANCIAS SE ENCUENTRAN CONTENIDAS EN EL ANEXO N° 3 DE LA RESOLUCIÓN EXENTA N° 546 DEL 12 DE ABRIL DE 2002 QUE FIJÓ EL TEXTO DEFINITIVO DE LA CIRCULAR N° 36.