

REPUBLICA DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE INSTITUCIONES  
DE SALUD PREVISIONAL

---

ORDINARIO CIRCULAR 3C/N° 032

ANT.: Ordinario Circular 3C/N°31  
del 03.08.95.

MAT.: Complementa Ordinario Circular  
3C/N°31.

---

SANTIAGO, 03 AGO 1995

DE : SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES DE SALUD PREVISIONAL  
A : SRES. GERENTES GENERALES DE ISAPRE

Mediante el presente Oficio Circular, adjunto remito a usted Formato del Formulario Unico de Notificación, el que ha de entenderse que forma parte integrante del Oficio Circular citado en el antecedente.

Saluda atentamente a usted.



MARIA ELENA ETCHEBERRY COURT  
SUPERINTENDENTE DE INSTITUCIONES  
DE SALUD PREVISIONAL

DISTRIBUCION

- \* SRES. GERENTES GENERALES ISAPRE
- \* SUPERINTENDENCIA ISAPRE
- \* DEPTO. CONTROL
- \* SUBDEPTO. PLANIFICACION (2)
- \* OFICINA DE PARTES.

## FORMULARIO UNICO DE NOTIFICACION

### SECCION A : Tipos de Notificación

1. Suscripción de Contrato 2. Término por parte de la ISAPRE 3. 4. Sustitución, adición o eliminación de empleador. Cambio de Situación laboral o previsional del cotizante	5. Cambio de Fecha para contabilizar periodos anuales 6. 7. Cambio en el número o modificación del tipo de beneficiario 8. Modificación de la cotización pactada 9. Cambio de plan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tipos de Notificación
			Tipo de Cotizante <input type="checkbox"/>

### SECCION B : Antecedentes del Cotizante

Nº de Cédula de Identidad (RUN)

 - 

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Domicilio					
Comuna		Ciudad		Región	Teléfono
Fecha Nacim.	Sexo	Tipo de Trabajador	Nº de entidades encargadas del pago de cotizaciones	Institución de Salud Anterior	
Nombre A.F.P. o Instit. de Previsión				Código Institución Anterior	

### SECCION C : Antecedentes Empleador o Entidad encargada del pago de la pensión

R.U.T.

 - 

Nombre o Razón Social		Teléfono			
Domicilio					
Comuna		Ciudad		Región	<input type="checkbox"/> Modificación

### SECCION D : Antecedentes del Contrato

Inicio de Vigencia de Beneficios (mes incluido)	Cotizac. a descontar a partir de Remunerac./Pensión de	Renta Imponible	Anualidad
Mes Año	Mes Año		(mes)
Monto y Modalidad en que se expresa la cotización	Cotización Ley Nº 18.566 %	Renuncia al Desahucio	Total de Beneficiarios
Año(s) Mes(es)			Año(s) Mes(es)
Tipo de Plan	Código Plan	Nombre Plan	

Nómina de Beneficiarios :

c	Cod. Mov.	Nº de Cédula de Identidad Beneficiario (RUN)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha Nacimiento		Sexo	Tipo de Benefic.	Cod. Relación
						Mes	Año			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

### SECCION E : De la Isapre

RUT Agente de Ventas	Firma Agente de Ventas	<input type="checkbox"/>
----------------------	------------------------	--------------------------

Firma Habilitado Isapre

Fecha

Firma del Cotizante

Fecha

Firma Hab. Empleador, AFP o Instit. Previsional

Fecha