

FORMULARIO ÚNICO DE SOLICITUD DE PRESTACIONES MÉDICAS (FUPM) (ACCIDENTE DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES)

Fecha Recepción

Fecha Envío

I IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (Marque el o los servicios a solicitar)

Según las solicitudes que se realizan se debe llenar la hoja de Anexo(s) respectiva.

RECEPCIÓN DE DENUNCIA DE ACCIDENTE DEL TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL
__Anexo 1 __Anexo 1.A __Anexo 1.B __Anexo 1.C

Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO) **Anexo 1.D Advertencia Trabajador Independiente**

Sí. El Trabajador recibió Formulario de Advertencia (SUSESO) **Anexo 1.E Advertencia Trabajador Dependiente**

SOLICITUD DE PRESTACIONES MEDICAS POR REINGRESO (**Anexo 2**)

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS (**Anexo 3**)

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE ACCIDENTABILIDAD

SOLICITUD DE REEDUCACIÓN LABORAL (**Anexo 4**)

SOLICITUD DE ADECUACIÓN DOMICILIARIA (**Anexo 5**)

SOLICITUD DE EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE INCAPACIDAD (**Anexo 6**)

SOLICITUD DE DOCUMENTOS ASOCIADOS A LICENCIA MÉDICA (**Anexo 7**)

II **TIPO DE SOLICITANTE** TRABAJADOR DEPENDIENTE TRABAJADOR INDEPENDIENTE EMPLEADOR OTRO

III IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE DEL TRÁMITE (* Datos Obligatorios)

Nombre Completo*	
RUN*	
Dirección*	
Ciudad*	
Teléfono Contacto*	
Correo Electrónico	
Siniestro asociado	

IV IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR (* Datos Obligatorios)

EN CASO DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE QUE DESARROLLA SERVICIOS PARA OTRA ENTIDAD EMPLEADORA, COMPLETAR LOS SIGUIENTES CAMPOS DE FORMA OBLIGATORIA EN RELACIÓN A **DICHA ENTIDAD**.

Razón Social*	
RUT razón social*	
Organismo Administrador que pertenece la empresa *	
Correo Electrónico*	
Dirección*	
Ciudad*	
Teléfono Contacto*	
Representante Legal o Encargado del Servicio donde presta servicios*	

*En el caso de Enfermedades Profesionales, el no llenado o llenado incompleto y/o la NO entrega de estos datos en los plazos puede derivar en el cierre del caso por obstaculización del trabajador independiente.

V OBSERVACIONES (Escriba observaciones pertinentes a la solicitud realizada).

Marque si acepta:

El trabajador acepta que todas las notificaciones que se le realicen podrán hacerse al siguiente correo electrónico

_____@_____



El empleador acepta que todas las notificaciones que se le realicen podrán hacerse al siguiente correo electrónico

_____@_____

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE

Nº C.I./RUT:

Fecha de entrega Anexo

ANEXO 7

SOLICITUD DE DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PAGO DE LICENCIA MÉDICA

- Liquidaciones de sueldo de 3 meses anteriores al inicio de la licencia (trabajadores privados)
- Certificado de afiliación del sistema de salud (FUN) o certificado de pago de cotizaciones (para ambos certificados se debe indicar el valor del plan en UF pactado)
- Comprobante de pago de cotizaciones (para trabajadores independientes obligatorio)
- Medio de pago, de no contar con cuenta bancaria, indicar pago cash Banco Estado.

Datos para pago de licencia médica			
Banco Estado	Cuenta RUT N°		
Banco Estado	Tipo Cuenta y N°		
Otro Banco (¿cuál?):		Cta. Cte. N°	
		Cta. Vista N°	
		Cta. Ahorro N°	

(*): En Banco Estado se puede realizar el pago en efectivo por caja. Si el pago se realiza por medio de Banco Estado, una vez que los dineros para el pago se encuentran en el Banco, hay un plazo de 60 días para cobrar, de no retirar el dinero, el Banco desactiva el pago, y esto significa que es necesario solicitar la revalidación de la operación, acción que se debe realizar en el Instituto de Seguridad Laboral.

INSTRUCCIONES ANEXO 7

PARA EL SOLICITANTE

1. Verifique que los datos anotados estén correctamente consignados y completos.

SUCURSAL

1. Verifique que los datos sean correctos y estén completos.
2. Una vez firmado este formulario, entregue una copia al solicitante que incluya la lista de chequeo de este formulario con las marcas en las casillas que correspondan a los documentos de respaldo y solicitud realizada.

FIRMA Y NOMBRE RECEPTOR

FIRMA Y NOMBRE SOLICITANTE N° C.I./RUT:

