

FORMULARIO BÁSICO DEL ASEGURADO

FECHA DE SOLICITUD: ____/____/____
FOLIO N°

1.- TIPO DE SOLICITUD (Marque con una X)

☐ Afiliación ☐ Actualización de antecedentes del afiliado ☐ Incorporación o eliminación de cargas familiares	☐ Modificación de empleador ☐ Cambio de situación laboral
---	--

2.- IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES	
RUN	F. DE NAC.	SEXO		NACIONALIDAD	
		☐ F ☐ M			

3.- DOMICILIO

CALLE		Nº	POB/VILLA		DEPTO.
COMUNA			CIUDAD		REGIÓN
TIPO DE PROPIEDAD ☐ PROPIA PAGADA ☐ PROPIA CON DEUDA ☐ ARRENDADA ☐ ALLEGADO ☐ OTROS					
TELÉFONO/CELULAR			E-MAIL		

Autorizo a Fonasa para que me envíe información a mi e-mail y/o teléfono celular: SI ☐ NO ☐

4.- TIPO DE ASEGURADO (Marque con una X)

DEPENDIENTE ☐ Contrato indefinido ☐ Contrato por turno o jornada ☐ Contrato a plazo fijo ☐ Trabajador o pensionado del sector salud ☐ Contrato por obra o faena		OTROS ☐ Independiente ☐ Cesante subsidio cesantía/seguro desempleo
PENSIONADO ☐ Vejez ☐ Invalidez ☐ Viudez ☐ Pensión en trámite ☐ Orfandad		INSTITUCIÓN PAGADORA DE PENSIÓN ☐ IPS ☐ CÍA. DE SEGUROS ☐ AFP ☐ MUTUAL

5.- DATOS DE EMPLEADOR Y/O INSTITUCIÓN PAGADORA DE PENSIÓN

RUT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DOMICILIO	
TELÉFONO	RENTA IMPONIBLE MENSUAL	VIGENCIA DEL CONTRATO	
	\$	Desde: / /	Hasta: / /
RUT	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	DOMICILIO	
TELÉFONO	RENTA IMPONIBLE MENSUAL	VIGENCIA DEL CONTRATO	
	\$	Desde: / /	Hasta: / /

TOTAL INGRESOS \$

6.- DETALLE DE CARGAS FAMILIARES

RUN	APELLIDOS	NOMBRES	F. DE NAC.	S	P	CM
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			
			/ /			

S: SEXO	F=Femenino	M=Masculino		
P: PARENTESCO	1= Cónyuge	2=Ascendiente	3=Descendiente	4=Hijo con discapacidad
CM: CÓD. MOVIMIENTO	A=Adiciona	E= Elimina	M=Modifica	

7.- INSCRIPCIÓN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO SALUD

☐ SI	CUÁL:	COMUNA:	REGIÓN:	☐ NO
-----------------------------	-------	---------	---------	-----------------------------

8.- DECLARACIONES JURADAS

DECLARACIONES JURADAS
 Declaro bajo juramento que todos los datos contenidos en el presente documento son verdaderos y sé que la falsedad de esta declaración me hará incurrir en las penas del art. 210 del Código Penal.

	NOMBRE COMPLETO	RUN	FIRMA
AFILIADO			
EMPLEADOR			
PERSONA AUTORIZADA			
FUNCIONARIO FONASA			

INSTRUCCIONES DE LLENADO

Los datos contenidos en los puntos 1, 2, 3, 4, 5 y 6 del formulario serán íntegramente consignados por el empleador o entidad que otorga el formulario.

Los datos contenidos en el punto 8 serán consignados por el empleador o entidad que otorga el formulario y por el afiliado en lo que a cada uno corresponda. En el caso de los trabajadores portuarios eventuales, aun cuando tengan la calidad de activos, podrán consignar los respectivos datos en la entidad previsional a la cual estuvieran afiliados.

1.- TIPO DE SOLICITUD

- Se marcará según lo que se desea efectuar

2.- IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO

- RUN
- Apellidos paterno-materno y nombres del afiliado

3.- DOMICILIO

- Domicilio completo - teléfono - celular - email
- Se debe marcar el tipo de propiedad

4.- TIPO DE ASEGURADO

- Si es activo se indicará el tipo de activo
- Si es pasivo se indicará el tipo de pasivo

5.- DATOS DEL EMPLEADOR O INSTITUCIÓN QUE OTORGA EL FORMULARIO

- Nombre o razón social
- Rol único tributario del empleador
- Dirección y teléfono
- Vigencia del contrato, estas fechas respaldarán el tipo de contrato

6.- DETALLE DE CARGAS FAMILIARES

- N° de RUN de todas las cargas
- Apellidos paterno-materno y nombres
- Fecha de nacimiento
- Sexo
- Parentesco
- Código de movimiento

7.- INSCRIPCIÓN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE SALUD

- Detalle si se encuentra inscrito en un Establecimiento Público de Salud

8.- DECLARACIONES JURADAS

- El formulario incluye una declaración jurada para los responsables del llenado del formulario como para el funcionario de FONASA que lo debe revisar.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA AFILIACIÓN

1.- TRABAJADORES ACTIVOS

Formulario Básico del Asegurado emitido por el empleador con todos los datos que en el se requieren:

- Cédula de identidad
- Documento que autoriza las cargas familiares emitido por el IPS o caja de compensación
- Última planilla de cotizaciones para salud y para previsión (IPS - AFP)
- Carta de desafiliación en caso que haya estado afiliado él o sus cargas en una Isapre
- Contrato de trabajo

2.- PASIVOS (JUBILADOS, PENSIONADOS Y MONTEPIADOS)

Formulario Básico del Asegurado emitido por la Institución pagadora de la pensión, con todos los datos que en el se requieren:

- Cédula de identidad
- Documento que autoriza las cargas familiares emitido por la entidad pagadora de la pensión
- Última colilla de pensión
- Carta de desafiliación en caso que haya estado afiliado él o sus cargas en una Isapre

3.- TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Formulario Básico del Asegurado emitido por el cotizante, con todos los datos que en el se requieren:

- Cédula de identidad
- Cédula de identidad o RUN de todo el grupo familiar
- Declaración jurada simple en caso de acreditar como carga familiar a los ascendientes mayores de 65 años que vivan a sus expensas
- Libreta de familia o certificado de matrimonio y certificados de nacimiento, para acreditar cargas
- Seis planillas de cotizaciones para salud y para previsión, pagadas en los últimos 12 meses (IPS - AFP)
- Carta de desafiliación en caso que haya estado afiliado él o sus cargas a Isapre

- 4.- En todos los casos que se realice una actualización en la información del afiliado y de los beneficiarios, no requerirá presentar nuevamente la documentación necesaria, debiendo presentar sólo el documento que respalde la modificación.



VISÍTENOS
www.fonasa.cl



LLÁMENOS
600 360 3000



DIRÍJASE
Sucursales en todo Chile

