**SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES
COMISION MÉDICA DE LA REGIÓN**

CODIGO INGRESO:

FECHA: _____

**RECURSO DE REPOSICION ANTE LA COMISIÓN MÉDICA CENTRAL
DE LA SUPERINTENDENCIA DE ADMINISTRADORAS
DE FONDOS DE PENSIONES**

1.- NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL RECLAMANTE:

2.- RUT:

3.-DOMICILIO:

COMUNA: _____ **CIUDAD:** _____

TELÉFONOS: _____

4.-N° DICTAMEN:

5.- COMISION MÉDICA DE LA REGIÓN:

Con esta fecha, el suscrito arriba individualizado, interpone ante la Comisión Médica Central de la superintendencia de Administradores de fondos de Pensiones, reclamo por el Dictamen señalado, por la(s) causa(s) que se establecen a continuación:

I. Resolución de la Comisión Médica Central:

II. Motivo del Recurso de Reposición:

III. Fundamentos del Recurso de Reposición:

TIMBRE Y FECHA RECEPCIÓN CMR

FIRMA DEL RECLAMANTE

“Según la Ley N°20255, será pena toda persona que intente obtener de manera ilícita algún beneficio provisional, ya sea omitiendo, simulando o entregando antecedentes de carácter fraudulento”.