

ANEXO N°2

FORMULARIO DE ADVERTENCIA

Fecha: día /mes /año

Yo,___ (nombre completo), Rut _____, trabajador de la empresa _____, declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, deberé pagar a _____ (Mutualidad o ISL, según corresponda), el valor de las prestaciones otorgadas que no sean cubiertas por mi sistema previsional de salud común (FONASA o ISAPRE).

Firma trabajador	Firma funcionario admisión