



FORMULARIO DE ADVERTENCIA

Fecha: ___/___/___

Yo, _____(nombre completo), RUT N°_____, 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 el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE).

Firma trabajador

Firma funcionario admisión