



FORMULARIO DE ADVERTENCIA – TRABAJADORES INDEPENDIENTES

Seguro Social Ley N°16.744 sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

		Día	Mes	Año
Región	Centro atención			

Marque con una "x":

- Trabajador(a) Independiente obligado, que declara renta según Artículo 42, N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 88 de la Ley N°20.255
- Trabajador(a) Independiente voluntario, que NO declara renta según Artículo 42, N°2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 88 de la Ley N°20.255

Datos del Trabajador(a)

Nombre completo			
RUT			
Email			
N° teléfono fijo		N° teléfono celular	

El trabajador individualizado declara que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, ha sido advertido que en caso que no cumpla los requisitos para acceder a las prestaciones de Seguro de la Ley N°16.744, deberá pagar el valor de las prestaciones que se le otorguen conforme a la cobertura del sistema de salud común al que se encuentra afiliado (FONASA o ISAPRE).

Y que en caso de NO cotizar para algún sistema de salud común, los costos asociados a la atención médica deberán ser firmados en forma particular.

Firma trabajador independiente

Firma funcionario admisión