

**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