

ANEXO N°2

Logo
Organismo
Administrador

FORMULARIO DE ADVERTENCIA - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

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

		Día	Me s	Año
Región	Agencia	Fecha		

- Trabajador 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 Independiente voluntario, que **NO** declara renta según Artículo 42, N° 2 de la Ley sobre Impuesto a la Renta, señalados en el Art. 89 de la Ley N° 20.255.

Datos del Trabajador

Nombre Completo:			
Rut:			
Correo electrónico:			
N° de teléfono fijo:		N° de teléfono celular:	

El trabajador individualizado, declara que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, *ha sido advertido* que:

- a) En caso que no cumpla los requisitos para acceder a las prestaciones del Seguro de la Ley N°16.744, deberé pagar el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura del sistema de salud común al que me encuentro afiliado (FONASA o ISAPRE), y
- b) En caso de NO cotizar para algún sistema de salud común, los costos asociados a la atención médica deberán ser financiados en forma particular.

Firma trabajador independiente	Firma funcionario admisión