



ANEXO N°1

FORMULARIO DE ADVERTENCIA – TRABAJADOR DEPENDIENTE

SEGURO SOCIAL LEY N°16.744 SOBRE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

Table with columns for Día, Mes, Año, Región, Agencia, and Fecha.

Datos de la o del trabajador dependiente

Form with fields for Nombre completo, RUN, Correo electrónico, N° Teléfono móvil, N° Teléfono fijo, and Entidad empleadora.

LEA ATENTAMENTE LAS NOTAS

Declaro que previo a recibir atención médica por la dolencia de origen presuntamente laboral, he sido advertido que:

NOTA N°1: En caso que su accidente o enfermedad sea calificado como de origen NO laboral (común) deberá pagar a (Mutualidad o ISL, según corresponda), el valor de las prestaciones otorgadas que no estén cubiertas por su sistema previsional de salud común (FONASA o ISAPRE);

NOTA N°2: Los derechos y obligaciones que otorga la Ley N°16.8744 sobre el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales son irrenunciables, por tanto, ante un accidente o enfermedad profesional -calificada de origen laboral- Ud. sólo puede atenderse en la mutualidad o en el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), según corresponda.

NOTA N°3: Si el accidentado o enfermo se niega a seguir el tratamiento médico o dificulte éste, o no asista a los controles o los abandone (Art 33, Ley N°16.744), se podrá suspender el pago del subsidio.

NOTA N°4 NOTIFICACIONES: Desea ser notificado por correo electrónico de la Resolución de Calificación (RECA) del accidente o enfermedad, así como de la evaluación de su incapacidad permanente y, de cualquier comunicación o decisión por motivos del otorgamiento de las prestaciones médicas o económicas a que tenga derecho:

Sí [] NO []

Las que podrán ser remitidas al correo electrónico: _____

Declaro que es MI RESPONSABILIDAD mantener actualizada la dirección de este correo electrónico e informar oportunamente mi voluntad de revocar este consentimiento o cualquier circunstancia que impida o dificulte la notificación por esta vía.

Form with fields for Firma trabajador/a dependiente and Firma funcionario/a admisión.