



ANEXO N°2

FORMULARIO DE ADVERTENCIA – TRABAJADOR INDEPENDIENTE

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

		Día	Mes	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 de la o del trabajador independiente

Nombre completo:			
RUN:			
Correo electrónico:			
N° Teléfono móvil (celular):		N° Teléfono fijo:	

LEER 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 no cumpla los requisitos para acceder a las prestaciones del 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/a (FONASA o ISAPRE), y

NOTA N°2:

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

NOTA N°3:

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°4:

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°5 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

Indique una o más direcciones de correo para ser notificado: _____

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.

Firma trabajador/a independiente	Firma funcionario/a admisión