



## ANEXO N° 4

### FORMULARIO DE ADVERTENCIA

**Fecha:**        /        /

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre completo),

RUN \_\_\_\_\_, 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 el valor de las prestaciones que se me otorguen conforme a la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE).

\_\_\_\_\_

Firma trabajador/a

\_\_\_\_\_

Firma funcionario/a Admisión

*“Ante cualquier reclamo, apelación, denuncia o disconformidad, usted puede dirigirse a la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) o hacerlo en su página web [www.susesso.cl](http://www.susesso.cl)”*