



## FORMULARIO

### Si el origen del accidente o de la enfermedad no resulta ser laboral

Fecha		
dd	mm	aa

Yo, \_\_\_\_\_, Carnet de Identidad N° \_\_\_\_\_, trabajador(a) de la empresa denominada \_\_\_\_\_, declaro que en caso que mi accidente o enfermedad no sea calificado como de origen laboral, he sido informado que debe regir la cobertura de mi sistema de salud común (FONASA o ISAPRE) para las prestaciones que se me otorguen.

\_\_\_\_\_  
Firma trabajador(a)

\_\_\_\_\_  
Firma ejecutivo del  
Instituto o del Prestador  
Médico

Nombre y Apellidos

