



AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Nombre del empleado: _____

Nombre del afectado: _____

Parentesco: _____ Fecha nacimiento del afectado: _____

Fecha en que ocurrió el accidente o empezó la enfermedad: _____

Si se trata de un accidente, favor de detallar cómo y dónde ocurrió:

Naturaleza del accidente o diagnóstico de la enfermedad: _____

Si estuvo hospitalizado mencione el nombre del Hospital, Clínica o Sanatorio: _____

desde el día _____ hasta el día _____

Nombre del médico o cirujano: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Observaciones: _____

_____ Monto total de comprobantes presentados: _____

NOTA IMPORTANTE: El solicitante es responsable del envío de sus comprobantes.

Fechado en _____ el día _____ de _____ de 19____

_____ Firma del empleado

USO EXCLUSIVO DE PRESTACIONES PERSONAL DE CONFIANZA

No. de Certificado _____ Fecha de ingreso a la póliza _____