



PO Box 945927
Maitland, FL 32794-5927
321-214-5350 • Fax 321-214-0235
800-266-0666 • ffvamutual.com

NO SE HA PIDIÓ NINGÚ TRATAMIENTO

RE: Reclamante :
Asegurado :
Fecha del Accidente :

Estimado (Nombre del empleado):

Entendemos que usted no está solicitando ni desea ningún tratamiento médico por una lesión que ocurrió durante el curso y alcance de su empleo con el empleador mencionado anteriormente. Complete la declaración a continuación con su firma.

I, (nombre en letra de imprenta) _____ No estoy solicitando ningún
tratamiento médico en este momento con respecto a mi (fecha) _____ Accidente/lesión que ocurrió
en (lugar del accidente) _____ cuando (describa el accidente)
_____, y no he perdido tiempo en el trabajo
como resultado de este incidente. Me aseguraré de informar a mi empleador si necesito atención
médica en el futuro con respecto a la lesión en mi (parte del cuerpo lesionada) _____.

Firma del empleado _____

Fecha _____

Gracias por su cooperación en este asunto.

Sinceramente,