



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,