

**REPORTE DE ACCIDENTE/LESIÓN**

| <b>Información del Empleador</b>  |  |
|---|--|
| Compañía  | Lugar del accidente  |
| <b>Información del Empleado</b>   |  |
| Nombre del empleado/a   | Título & Departamento de trabajo<br>Fecha que fue contratado                               |
| Dirección   | Ciudad, Estado y Código postal   |
| Número de Seguro Social   | Fecha de nacimiento  |
| <b>Información del Accidente</b>  |  |
| Día y hora del Accidente o Lesión   | Día y hora de reporte al Empleador   |
| Descripción del Empleado de como ocurrió el Accidente   |  |
| Descripción de la lesión o enfermedad (sea específico e incluya la parte del cuerpo, y indique el lado izquierdo o derecho y la lesión sufrida) |  |
| Hubo Testigo/s?<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | Si hubo, Nombre & Teléfono del Testigo (por favor adjunte un reporte firmado por separado) |
| Dirección de la casa del Testigo  | Ciudad, Estado, Código Postal  |
| Nombre y Dirección del proveedor médico   | Teléfono   |
| Firma del Empleado  | Fecha  |
| Firma del Empleador   | Fecha  |

**Envíe este reporte por correo o fax a:**  
**FFVA Mutual, PO Box 945927, Maitland, Florida 32794-5927**  
**número de fax (321) 214-0235**

Cualquier persona que, con conocimiento o intento de dañar, defraudar o engañar un empleador o empleado, compañía de seguros o un programa auto-asegurado o reporte una forma de declaración de demanda que contenga cualquier falsedad o información engañosa puede ser culpable de cometer una felonía.