



PO Box 945927  
 Maitland, FL 32794-5927  
 321-214-5350 • Fax 321-214-0235  
 800-226-0666 • ffvamutual.com

**NO SE HA PIDIÓ NINGÚ TRATAMIENTO**

REF: Reclamante \_\_\_\_\_  
 Asegurado \_\_\_\_\_  
 Fecha del Accidente \_\_\_\_\_  
 No. De Reclamo \_\_\_\_\_

Estimado(a) (Nombre del empleado): \_\_\_\_\_

Hemos recibido una Notificación de Lesión del empleador con respecto a su accidente de trabajo que ocurrió el \_\_\_\_\_.

Tenemos entendido que no ha buscado ni solicitado ningún tratamiento médico en este momento. Por favor complete la declaración a continuación y devuélvala a nuestra oficina.

Yo, (escriba su nombre) \_\_\_\_\_ no solicito ningún tratamiento médico con respecto a la fecha de mi accidente/lesión que ocurrió el (fecha) \_\_\_\_\_ y no he perdido tiempo de trabajo como resultado de este incidente.

Me aseguraré de informar a mi empleador y consultar el formulario de Notificación de Médico Designado si necesito atención médica en el futuro con respecto a la lesión anterior.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, envíe la declaración firmada a FFVA Mutual Insurance Co., PO Box 945927, Maitland, FL 32794-5927. Si tiene alguna pregunta sobre lo mencionado anteriormente, comuníquese con nuestra oficina al (800) 226-0666, número de fax (321) 214-0235.

Atentamente,

Tazador(a) de Reclamos