



HOSPITAL
BSE

ACCIDENTES DEL TRABAJO

**REAPERTURA DE SINIESTRO
LEVANTAMIENTO DE ALTA FRANQUICIA
LEVANTAMIENTO DE ABANDONO
DE ASISTENCIA**

Complete este formulario marcando lo que corresponda

NOTA IMPORTANTE

1 - Sin esta información, el obrero no podrá ser indemnizado.

2 - No se aceptará este formulario con tachaduras o enmiendas.

Empresa _____ **RUT** _____
Póliza N° _____
Empleado Apellidos _____ Nombres _____
Documento Tipo _____ Número _____
Celular Empleado _____
Siniestro N° _____

Ponemos en su conocimiento que el obrero accidentado arriba mencionado ha solicitado reintegro a la asistencia el día

Para la liquidación de la nueva temporaria, solicitamos completar los datos abajo mencionados.

DATOS A PROPORCIONAR POR LA EMPRESA

Fecha del último día trabajado _____ **Hora del último día trabajado** _____

Horario de trabajo de _____ a _____ hs.

Especificar si el nuevo abandono es exclusivo para asistirse en nuestra central de Servicios Médicos Sí No

Observaciones a juicio de la empresa _____

Fecha Firma por el Banco de Seguros del Estado

Padrón _____ Aclaración de firma _____

Fecha Firma y sello por la Empresa _____

En caso de no contar con sello de la empresa se deberá entregar fotocopia de C.I. de la persona que firma

C.I. _____ Aclaración de firma _____

Relación laboral del firmante con la Empresa _____