

# IT15 TRAMITE SINIESTRO

Organización a la que pertenece \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

C Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Cuenta bancaria para ingreso: **ES** \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA BAJA

Fecha de la baja: \_\_\_\_\_ Fecha del alta: \_\_\_\_\_

Motivo de la baja:  Enfermedad Común  Accidente No Laboral

Además se precisó:  Ingreso Hospitalario  Intervención quirúrgica

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Otras explicaciones:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firmado: