



Nº SOLICITUD: _____

FECHA RECEPCIÓN: _____

FONDO DE COMPENSACIÓN
ANPE-ANDALUCIA

SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

DATOS PERSONALES:

Nombre Afiliado: _____

N.I.F.: _____ Tlf.: _____ Prov. Afiliación: _____

DATOS DEL SINIESTRO:

Origen del siniestro: (marcar con X lo que proceda)

Enfermedad Común Enfermedad Profesional (solo nódulos cuerdas vocales) Acc. Laboral Acc. no laboral

Diagnóstico Médico: _____

Detalle de la lesión sufrida: _____

Indique periodo de la baja, Fecha de Inicio _____ Fecha de Alta _____

Indique número de días de baja _____

¿Ha Ingresado en alguna Clínica? SI NO Indicar fecha y motivo _____¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? SI NO Indicar fecha y motivo _____

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

FECHA

FECHA

1º Baja Inicial: _____ 2º Parte de Confirmación: _____

3º Parte de Confirmación: _____ 4º Parte de Confirmación: _____

5º Parte de Confirmación: _____ 6º Parte de Confirmación: _____

7º Parte de Confirmación: _____ 8º Parte de Alta: _____

Muy importante: Junto a la presente solicitud debe adjuntar informe del diagnóstico médico, parte de baja, partes de confirmación, parte de alta y nómina justificativa del descuento de IT

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: _____

CUMPLIMENTAR POR ANPE-ANDALUCIA:

Fecha de Resolución: _____ Positiva SI NO Importe de la Indemnización: 50,00€ 100,00€

Cta. Cte. de abono _____ Fecha de abono: _____