



Aviso de Enfermedad
o Accidente

(para ser llenado por el sacerdote
o el Representante Diocesano)

1.- Diócesis : _____

2.- Nombre del Sacerdote afectado: _____

3.- Fecha en que aparecieron los primeros síntomas de la enfermedad (o que ocurrió el accidente): _____

4.- ¿Cuál fue la enfermedad o accidente? _____

5.- En caso de ser accidente detalle dónde fue y cómo ocurrió: _____

6.- La fecha en que por primera vez visitó al médico con motivo de la presente reclamación: _____

7.- Si estuvo hospitalizado, digase el nombre del hospital, domicilio de internamiento. Mencione fechas _____

8.- Nombre y domicilio de su médico de cabecera: _____

9.- Desde hace cuánto tiempo lo atiende por este padecimiento: _____

10.- Nombre, domicilio y teléfono de los médicos que lo atendieron: _____

11.- Autorizo al (los) hospital (es) y al (los) médico (s) a proporcionar toda la información necesaria que les sea solicitada por el Centro Cultural y de Asistencia Sacerdotal AC (C.C. y A.S.) en relación con el padecimiento objeto de la presente reclamación.

12.- Lugar y Fecha _____

13.- Domicilio: _____

14.- Es causante del I.S.R. SI NO En caso afirmativo anotar su R.F.C. _____

Importante: Es obligatorio proporcionar el R.F.C. de quienes son causantes del I.S.R., para efectos de la expedición del cheque indemnización respectivo, según lo establece el Artículo 29-A del Código Fiscal de la Federación de la S.H.C.P.

Firma del Sacerdote afectado

Firma del Representante de la Diócesis
