

ESTADO DE NEVADA
DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA
División de Relaciones Industriales

1886 East College Pkwy,
Suite 100
Carson City, Nevada 89706

2300 West Sahara Avenue,
Suite 300
Las Vegas, Nevada 89102

INFORME DE FALLECIMIENTO

(De acuerdo con el capítulo 616B.018 del Código Administrativo de Nevada [NAC])

(Nota: La aseguradora debe notificar al administrador en un plazo de 48 horas tras recibir el aviso de un fallecimiento)

Para: ADMINISTRADOR, DIVISIÓN DE RELACIONES INDUSTRIALES (DIR)

De:

Dirección:

Fecha:

Nombre del fallecido: _____ Fecha de nacimiento: ____ N.º de Seguro Social: ____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Fecha del accidente o del inicio de la enfermedad ocupacional: ____ Hora: _____ AM PM

Fecha del fallecimiento: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____ Cant. de dependientes: ____

Nombre del dependiente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del dependiente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Nombre del dependiente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____

Empleador: _____ Tipo de negocio: _____

Dirección: _____

Ocupación del empleado fallecido: _____

Lugar exacto del accidente (si corresponde):

Describe el accidente o la enfermedad ocupacional:

Informado por: _____

Cargo: _____