

JEZELI SA JAKIEKOLWIEK
PYTANIA DOTYCZACE TEJ
FORM PROSZE TELEFONO
WAC DO: CLAIM DEPART-
MENT (312) 233-8899

CLAIM STATEMENT

IMPORTANTE: SI NECES-
TAN MAS INFORMACION
ACERCA DE ESTE IMPRESO,
LLAMEN A LA DEPARTA-
MENTODE RECLAMACIONES
(312) 233-8899

PLEASE PRINT INFORMATION AND RETURN TO:

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

CLAIM DEPARTMENT

111 EAST WACKER DR. • 17th FLOOR • CHICAGO, ILLINOIS 60601 • TELEPHONE (312) 233-8899

This form must be completed in **full** for each new claim filed with this office. Upon completion, please attach your bills to it and return to us.

PART I—TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE

Employee's Name: _____ Area Code _____ Phone No. _____

Home Address: _____ City _____ State _____ Zip _____

SSN or **Alternate Identification #**: _____ Birth Date: _____ Sex: _____

Employer: _____ Phone No.: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Patient Information:

- Self _____
- Spouse _____
- Child _____

Patient's Name

Date of Birth

Sex

IMPORTANT — THIS SECTION MUST BE COMPLETED — FAILURE TO COMPLETE THIS SECTION WILL ONLY DELAY THE PROCESSING OF THIS CLAIM.

Spouse's Name: _____ Date of Birth _____

Does your spouse have insurance through his or her employer? Yes No

Name of employer sponsoring other insurance _____

Name of employee belonging to other group _____

Group Policy No. and/or Subscriber No. _____

Full name and phone number of the other insurance: _____

(If above answered YES please be sure to send copies of the same bills to the other company.)

Is this claim for an injury? Yes No

If yes:

Where did it occur? _____ Date: _____

How did it happen? _____

Was the injury or illness caused by claimant's employment? Yes No

Is claim for

Medical Emergency? Yes No

Date: _____ Time Onset: _____

Symptoms: _____

In Accident or Emergency Situations did you Contact U.H.S. Immediately at 312-423-4200 Yes No

I hereby certify that the foregoing statements, including any accompanying statements, are to the best of my knowledge and belief true, correct, and complete. I hereby authorize any physician or any hospital to furnish and disclose all known facts concerning this disability. I will reimburse the fund for any overpayment made to me or on my behalf due to error on this form.

Employee Signature: _____ Date: _____

CLAIM CANNOT BE PROCESSED WITHOUT YOUR SIGNATURE

All benefits provided under this Plan are automatically assigned to the provider of service unless a paid in full receipt is furnished to the Claim Office when Claim is made.

DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN

POR FAVOR COMPLETAR LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA Y DEVOLVER A:

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

111 EAST WACKER DR. • 17th FLOOR • CHICAGO, ILLINOIS 60601 • TELEPHONE (312) 233-8899

Este formulario se debe llenar por **completo** para cada nueva reclamación que se presente ante esta oficina. Después de haber completado el formulario, por favor adjunte las facturas y devuélvanoslo.

PARTE I - PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Nombre del Empleado: _____ Código de Área _____ No. de teléfono _____

Dirección de residencia: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

NSS o **Identificación Alternativa**#: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Empleador: _____ No. de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Información del Paciente: { Miembro _____
 Esposo/a _____
 Un hijo _____
Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

IMPORTANTE - DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN - NO COMPLETAR ESTA SECCIÓN SOLAMENTE CAUSARÁ DEMORAS PARA PROCESAR EL RECLAMO.

Nombre del esposo/a del empleado: _____ Fecha de nacimiento _____

¿Esposo/a del empleado tiene un seguro a través de su empleo? Sí No

Nombre del empleador que patrocina el otro seguro _____

Nombre del empleado que pertenece al otro grupo _____

No. de póliza grupal y/o No. de suscriptor _____

Nombre completo y dirección donde usted presentaría una reclamación para el otro seguro: _____

(si la respuesta anterior es Sí por favor asegúrese de enviar copia de las mismas facturas a la otra compañía).

¿Esta reclamación es por una lesión? Sí No

En caso afirmativo:

¿Dónde ocurrió? _____ Fecha: _____

¿Cómo ocurrió? _____

¿La lesión o la enfermedad fue causada por el empleo del reclamante? Sí No

¿Esta reclamación es por una emergencia médica? Sí No

Fecha: _____ Hora de inicio: _____

Síntomas: _____

En situaciones de emergencia o accidentes, contactó al U.H.S. de inmediato al 312-423-4200 Sí No

Yo, por medio del presente, certifico que las declaraciones anteriores, incluyendo cualquier declaración adjunta, a mi leal saber y entender son ciertas, correctas y completas. Yo, por medio del presente, autorizo a cualquier médico o cualquier hospital, para entregar y divulgar todos los hechos relativos a esta discapacidad. Yo reembolsaré los fondos por cualquier pago realizado en exceso para mi beneficio o en mi representación debido a un error en este formulario.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

EL RECLAMO NO PUEDE PROCESARSE SIN SU FIRMA

Todos los beneficios proporcionados bajo este Plan son cedidos automáticamente al proveedor del servicio salvo que se entregue un recibo pagado por completo a la Oficina de Reclamaciones al momento de presentar la Reclamación.