

REPORTE DE ACCIDENTE

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

Debe Ser Completado por el Miembro Asegurado:

Favor de responder a todas las preguntas. Preguntas sin respuesta puede retrasar consideración de beneficios hasta obtener toda la información.

Nombre Completo Del Miembro: _____ Sexo _____

Dirección de residencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

() _____
Numero de Teléfono _____ Numero de Identificación _____ Fecha de Nacimiento _____

Estado Matrimonial:

_____ Soltero/a _____ Divorciado
_____ Casado/a _____ Viudo/a
_____ Separado/a

Nombre del Empleador _____ Ocupación _____ Fecha de Empleo _____

Demandante: _____ Propio _____ Esposo/a _____ Hijo/a

Nombre de Persona Descapacitada _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____

SI EL RECLAMANTE FUE HERIDO:

Fecha de Accidente _____ Horá _____ ¿Estuvo el demandante en el trabajo cuando ocurrió el accidente? _____

Nombre del Empleador del Demandante: _____

¿Favor de dar una descripción del accidente como, donde y cuando ocurrió? (por detrás de esta forma)

Tipo de seguro: _____ Casa _____ Vehículo _____ Su Compañía de Seguros _____

Compañía de Seguros de Terceros/Numero de Póliza _____

¿Ha contratado a un abogado para que lo represente en este asunto? _____

Nombre y número de teléfono del abogado _____

Si ha perdido tiempo de trabajo, describe la discapacidad o indique si ha reclamado o está reclamando discapacidad.
Favor de someter una copia del reporte del accidente (de policía).