

# 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.