

# 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 Discapacitada \_\_\_\_\_ 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).