

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.