

# SEIU LOCAL 1 & PARTICIPATING EMPLOYERS HEALTH TRUST

## INFORME INICIAL DE RECLAMOS

**LOS BENEFICIOS NO PUEDEN SER PAGADOS A MENOS QUE ESTE FORMULARIO SE COMPLETE EN SU TOTALIDAD**

### Instrucciones:

Este formulario debe ser completado por el miembro, el médico y el empleador. Complete la sección del miembro en su totalidad. Asegúrese de incluir/proporcionar su Número de Seguro Social y firmar la sección de firma del miembro.

### Entregar el formulario completado a:

**SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust**

111 E Wacker Drive, piso 17

Chicago, Illinois 60601

Teléfono: (312) 233-8899 Ext.5021 Fax: (312) 233-8839

Correo electrónico: SEIUDisability@SEIU25.org

### ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL MIEMBRO

Nombre del miembro	Número de identificación (comienza con 825)	Teléfono de domicilio	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Ocupación	
Empleador			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha del último día trabajado	Fecha de reincorporación al trabajo		

### PARA TODO TIPO DE RECLAMOS:

Nombre de la enfermedad o lesión:	Fecha en que ocurrió el accidente o inició la enfermedad:	Fecha de primer tratamiento:
Si estuvo hospitalizado, indique el nombre del hospital:	Fecha de ingreso:	Fecha de egreso:
¿La lesión fue causada intencionalmente por alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿La lesión fue causada por un accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿El accidente ocurrió en su propiedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, indique la dirección donde ocurrió el accidente:	¿Esto fue causado por un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿La lesión o enfermedad ocurrió en el transcurso del empleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Presentó este reclamo de acuerdo con el Programa de indemnización para trabajadores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha iniciado alguna demanda relacionada de alguna forma con esta lesión/enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido algún finiquito, pago o recuperación de beneficios, entre ellos algún pago por pólizas de seguro o de aseguradoras, relacionado de alguna forma con esta lesión/enfermedad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha contratado algún abogado para representarlo en asuntos relacionados con este reclamo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por la presente realizo el reclamo de beneficios y certifico que la información declarada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo a la institución o al médico mencionado anteriormente a divulgar información sobre mi inscripción, registros relacionados e historial médico a SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust.

Firma del miembro	Fecha
-------------------	-------

**Instrucciones - INSTRUCTIONS**

**Declaración del médico tratante – Attending Physician’s Statement**

**Incapacidad**

Para cobrar los beneficios por incapacidad, su médico debe completar las secciones 1, 2, 4, 5, 7, 8 y 9, y firmar y colocarle fecha a este formulario.

**Disability**

To collect disability benefits, your doctor must complete sections 1, 2, 4, 5, 7, 8 and 9 and sign and date this form.

**Attending Physician's Statement**

1. Diagnosis and concurrent conditions (if diagnosis code other than ICDA used, give name)

2. Is condition due to injury or sickness arising out of patient's employment? Is condition due to pregnancy? If Yes, approximate date pregnancy commenced

3. Date Admitted / Surgery

4. Date symptoms first appeared, or accident occurred	5. Date patient first consulted you for this condition	6. Has patient ever had same or similar condition? If yes, when and describe
7. Is patient still under your care for this condition?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	8. Patient was continuously totally disabled (unable to work)  From Thru	9. Date patient should be able to return to work, if still disabled

10. Does patient have other health coverage? If Yes, please identify

Yes No

Print Physician's Name		Date
------------------------	--	------

Doctor's Signature and Address

P

**Aprobación del empleador - Employer Sign off**

Para ser completado y firmado por el Empleador como aprobación el último día de trabajo

To be completed and signed by the Employer to sign off on last day of work

Employer Signature

Date of Last Day of Work

Date Returned to Work