

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

111 E. Wacker Drive, Suite 1700. Chicago, IL 60601. Phone (312) 233-8888. Fax (312) 233-8839.
website www.seiu1benfunds.org

FORMULARZ DOTYCZĄCY WYPADKU

Drogi Uczestniku:

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust otrzymał roszczenie, które może być związane z wypadkiem w pracy lub samochodowym Twoim lub członka rodziny. Aby wniosek był właściwie rozpatrzony należy wypełnić i podpisać niniejszy formularz, a następnie odesłać go wraz z wymaganą dokumentacją do Biura Funduszu.

Roszczenie nie zostanie rozpatrzone do czasu otrzymania niniejszej formy i wszystkich wymaganych dokumentów.

Dzisiejsza data:		Imię pracownika:		Numer polisy ubezpieczeniowej pracownika lub numer SSN:	
Adres:				Miasto, Kod Pocztowy:	
Numer telefonu:		Adres e-mail:		Data urodzenia:	
Osoba poszkodowana (jeśli nie pracownik):			Relacja z pracownikiem:		Data urodzenia osoby poszkodowanej:
Rodzaj Sprawy (wybierz jeden):					
<input type="checkbox"/> Wypadek samochodowy/motocyklowy <input type="checkbox"/> Wypadek w pracy <input type="checkbox"/> Inny uraz lub choroba (opisać): _____					
Data wypadku lub rozpoczęcia choroby:			Jeżeli wypadek, proszę podać miejsce wypadku:		
Proszę opisać obrażenia lub typ choroby:					
Czy wezwano policję? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli odpowiesz tak, proszę o dołączenie kopii raportu policyjnego)					
Czy planujesz wynająć adwokata do reprezentacji w tej sprawie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie (Jeśli odpowiesz tak, podaj informacje adwokata poniżej)					
Imię i nazwisko adwokata:		Numer telefonu adwokata:		Numer sprawy:	
Adres adwokata:		Miejscowość:		Stan:	Kod pocztowy:
Informacje innych osób/firm ubezpieczeniowych zaangażowanych w tej sprawie:				Numer telefonu osoby/firmy zaangażowanej:	
Informacje ubezpieczeniowe zaangażowanych stron (jeśli wypadek samochodowy)					
Nazwa firmy ubezpieczeniowej				Numer telefonu:	
Adres :		Miejscowość:		Stan:	Kod pocztowy:
W sprawie dotyczącej wypadku samochodowego, motocyklowego lub innego schorzenia proszę dostarczyć kopie następujących dokumentów:					
* (EOB) Kopie podsumowania wypłaconych rachunków przez firmy ubezpieczeniowe zaangażowane w tej sprawie					
* Kopia Raportu Policyjnego					
W sprawie dotyczącej wypadku w pracy wymagane są następujące informacje:					
Czy złożyłeś wniosek o odszkodowanie pracownicze? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie					
Czy twój wniosek o odszkodowanie został przyjęty czy odrzucony? <input type="checkbox"/> Zaakceptowano <input type="checkbox"/> Odrzucono					
Jeśli twój wniosek został przez pracodawcę odrzucony, proszę dostarczyć kopię odmownego listu.					

POTWIERDZAM, ŻE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE I ZGODNE Z MOJĄ WIEDZĄ

Podpis osoby poszkodowanej

Data

Podpis pracownika
(Jeżeli osoba poszkodowana jest niepełnoletnia)

Data