

# SEIU Local 1 & Participating Employers *Health Trust*

111 E. Wacker Drive . 17<sup>th</sup> Floor . Chicago, IL 60601 . Telephone (312) 233-8888 . Facsimile (312) 233-8839 . Website [www.seiu1benfunds.org](http://www.seiu1benfunds.org)

## FORMULARIO DE ACCIDENTE

Estimado Participante:

La oficina de SEIU Local 1 Health Trust han recibido un reclamo para usted o su dependiente que puede estar relacionado con un accidente. Para procesar los reclamos, llene y firme esta forma y devuélvalo con la documentación requerida a la oficina de fondo de salud.

**Tenga en cuenta que su reclamo no puede ser considerado para pagos hasta que la oficina de fondo de salud reciba esta información y los documentos requeridos.**

Fecha:	Nombre del participante:	ID de participante o SSN:	
Direccion:		Ciudad, Estado codigo postal :	
Número de teléfono:	Correo electrónico:	Fecha de nacimiento:	
Persona perjudicada (si no es el participante):	Relación al participante:	Fecha de nacimiento:	
<b>Tipo de Caso (seleccionar uno):</b> <input type="checkbox"/> Accidente de Auto/Motocicleta <input type="checkbox"/> Compensación laboral <input type="checkbox"/> Otra lesión o enfermedad (describa): _____			
Fecha de lesión o enfermedad:	Dónde ocurrió la lesión?		
Describa su lesión y como sucedió (utilize la parte de atrás de este formulario si es necesario):			
Se llamó a la policía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>(en caso, por favor proporcione una copia del reporte de policía)</b>			
Usted a contratado un abogado para que lo represente en este asunto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>(en caso, por favor proporcione la información de abogado en la parte de abajo)</b>			
Nombre de abogado:	Número telefónico del Abogado:	Número de su caso:	
Direccion de abogado:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre de los otros involucrados en el accidente:	Número telefónico de los involucrados:		
<b>Información de otra póliza involucrado</b>			
Nombre de aseguranza:	Numero de teléfono de la aseguranza:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
<b>Para reclamos de Auto/Motocicleta, Otra Lesión, o Enfermedad, por favor proporcionar copia(s) de los siguientes:</b> *Copias de Explicación de Beneficios (EOB) para cobros pagados por la otra póliza de seguro *Copia del reporte de policía			
<b>Para reclamaciones " relacionadas con el trabajo "por favor llenar la información siguiente :</b>			
Ha presentado un reclamo de Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Su reclamo de compensación laboral ha sido aceptado o rechazado <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Denegado			
Si su compensación laboral fue negada, por favor proporcione una copia de la <b>Carta de Negación</b>			

**Yo confirmo que la información es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.**

---

Firma de la persona lesionada

Fecha

---

Firma del participante  
(si es menor de edad la persona involucrada)

Fecha