

SEIU Local 1 & Participating Employers Health Trust

200 East Randolph Street . Suite 1500 . Chicago, IL 60601 . Telephone (312) 233-8888 . Facsimile (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): ☐ Wypadek samochodowy/motocyklowy ☐ Wypadek w pracy ☐ 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? ☐ Tak ☐ Nie (Jeśli odpowiesz tak, proszę o dołączenie kopii raportu policyjnego)			
Czy planujesz wynająć adwokata do reprezentacji w tej sprawie ☐ Tak ☐ 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? ☐ Tak ☐ Nie Czy twój wniosek o odszkodowanie został przyjęty czy odrzucony? ☐ Zaakceptowano ☐ 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