

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

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

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