

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
200 East Randolph Street, Suite 1500
Chicago, IL 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
-------------------	-------

