

CUESTIONARIO DE ACCIDENTE SUPLEMENTAL

Empleador: _____ Número de Grupo: _____

Empleado: _____ Número de Seguridad social: _____

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Servicio: _____

**Por favor conteste todas las preguntas siguientes detalladamente.
El fracaso de proporcionar información completa puede retrasar el procesamiento de sus reclamaciones.**

¿Esta reclamación es el resultado de una herida casual? Sí No

¿Esta reclamación es el resultado de un automóvil o accidente de vehículo recreacional? Sí No

Si SÍ a cualquiera de las susodichas preguntas, por favor siga:

1. Fecha de accidente ____/____/____

Posición (Dirección): _____

Brevemente explique como esta herida ocurrió: _____

2. ¿Este es un trabajo relacionó herida? Sí No (Empleado/Cónyuge Sólo)

3. ¿Es esta herida debido a una función escolar o participación sobre un equipo de deportes organizado? Sí No

4. ¿Tiene la intención usted de hacer una reclamación contra otro partido para esta reclamación?
 Sí No

5. Por favor ponga el nombre y dirección en una lista de cualquier otro partido responsable, dueño de propiedad o compañía de seguros:

Nombre	Dirección
_____	_____
_____	_____
_____	_____

FIRMA: _____ FECHA: _____

Advertencia: Cualquier persona quien a sabiendas y con la intención de defraudar cualquier compañía de seguros o plan, archiva una declaración de reclamación que contiene alguno información materialmente falsa u oculta la información para el objetivo de engaño, comete un acto fraudulento de seguros, que es un delito y sujeta a tal persona a penas criminales y civiles.



Fax (717)-581-8379