

ALLEGIANCE BENEFIT PLAN MANAGEMENT

2806 S. Garfield

PO Box 3018

Missoula, MT 59806

1-800-877-1122 o (406) 721-2222

Fecha: _____

Nombre del médico tratante: _____

Fecha del servicio: _____

Persona lesionada: _____

Nombre del empleador / Auspiciador del plan: _____

Nombre del participante: _____

Número de identificación del participante: _____

Hemos recibido un reclamo que indica un posible accidente o lesión. Sírvase llenar el cuestionario siguiente y enviarlo a la dirección antes mencionada. De conformidad a la política de procesamiento de reclamos adoptada por el plan, debemos recibir esta información en un plazo de 45 días a partir de la fecha de esta carta o el reclamo será denegado. Le agradecemos anticipadamente su pronta atención a este pedido.

CUESTIONARIO SOBRE ACCIDENTE / LESIÓN

¿Fue la anterior fecha de servicio el resultado de un accidente / lesión? Sí No

Si la respuesta es no, sírvase proporcionar una explicación:

***Si la respuesta es sí, sírvase indicar la fecha del accidente / lesión: _____

Sírvase describir cómo ocurrió el accidente / lesión:

Sírvase describir dónde ocurrió el accidente / lesión:

Sírvase describir qué partes del cuerpo estuvieron involucradas en el accidente / lesión:

¿Ocurrió el accidente / lesión cuando estaba trabajando? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿ha sido informado el empleador? Sí No

Si lo ha hecho, sírvase anotar la fecha en que el empleador fue informado: _____

Nombre del médico tratante: _____
Fecha del servicio: _____
Persona lesionada: _____
Nombre del Empleador/Auspiciador del Plan: _____

Si el accidente / lesión ocurrió mientras estaba trabajando, sírvase describir las circunstancias del accidente / lesión:

¿Fue el accidente / lesión el resultado de un accidente con un vehículo automotor? Sí No

¿Fue usted el Conductor Pasajero Peatón?

Nombre del conductor: _____

Nombre del titular de la póliza si no es la misma persona que el conductor: _____

Compañía de seguro para autos: _____ N° de teléfono: _____

Número del reclamo: _____

¿Se emitió una multa de tránsito? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿a quién? _____

¿Hay disponible cobertura médica a través de la póliza de seguro para automóvil? Sí No

Si es así, ¿cuánto? \$ _____ Número de vehículos involucrados: _____

¿Existe otra cobertura de seguro (fuera de la indicada anteriormente) disponible para el accidente / lesión? Sí No
Si la respuesta es sí, sírvase suministrar el nombre, dirección y número de teléfono de la otra compañía de seguros:

Nombre de la otra compañía de seguros: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Código de área y número de teléfono: _____

¿Existe otra parte que sea responsable del accidente / lesión? Sí No

Si la respuesta es sí, sírvase suministrar el nombre, dirección y número de teléfono:

Nombre: _____

Dirección: _____

Código de área y número de teléfono: _____

¿Tiene la intención de contratar a un abogado? Sí No

Si la respuesta es sí, sírvase indicar el nombre, dirección y número de teléfono del asesor legal:

Nombre del asesor legal: _____

Dirección: _____

Código de área y número de teléfono: _____

¿Hay algo más que quisiera decirnos sobre este accidente / lesión? Sírvase explicar:

Según mi leal saber y entender la información proporcionada anteriormente es verdadera

Firma de la persona lesionada (Si la persona lesionada es menor de 18 años debe firmar un padre de familia o tutor)

Fecha

Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba