

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