



Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### CUESTIONARIO SOBRE LESIONES / ACCIDENTES

Todas las reclamos relacionadas con este cuestionario sobre lesiones y accidentes se **retendrán o denegarán** hasta que nos devuelva este documento completo en su totalidad. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicio al Cliente al número que se indica a continuación.

1.) ¿En qué fecha sufrió la lesión o el accidente? \_\_\_\_\_

2.) ¿De qué manera sufrió a lesión o el accidente? \_\_\_\_\_

3.) ¿En qué lugar sufrió la lesión o el accidente? (Marque la casilla correspondiente).

Automóvil / Vehículo motorizado

Casa

Trabajo (En caso afirmativo, ¿se presentó una reclamación de compensación para trabajadores?)

SI  NO

No fue un accidente, apareció repentina (Por favor comuníquese con el Servicio al Cliente.)

Otro, especificar \_\_\_\_\_

4.) Información sobre accidentes automovilísticos

a. En caso de accidente automovilístico, ¿usted era el conductor, pasajero o un peatón?

\_\_\_\_\_

b. En caso de accidente automovilístico, ¿ todos los miembros de la familia cubiertos involucrados usando cinturones de seguridad en el momento de el accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c. Si el accidente involucró una motocicleta o un vehículo recreativo, ¿ las personas involucradas tenían puesto un casco en el momento el accidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d. Si se trató de un accidente en vehículo motorizado, ¿estaba usted o un familiar cubierto bajo la influencia de drogas o alcohol? (Incluye todos los vehículos recreativos motorizados, botes, etc.)?

\_\_\_\_\_

e. ¿Se realizó un informe policial?  SI  NO

Si la respuesta es 'Si', ¿dónde podemos obtener una copia?

\_\_\_\_\_



Número de grupo: \_\_\_\_\_  
ID de miembro: \_\_\_\_\_  
Nombre del miembro: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

f. ¿Se acusó a algunas de las partes en el accidente? ¿ Quién? ¿Qué ofensa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5.) ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de otras compañías de seguros ante las cuales se ha presentado un reclamo? ¿Cuál es el número de reclamo y el nombre del perito tasador?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.) ¿Usted fue el responsable del accidente?  SI  NO

7.) ¿Otra parte fue responsable de su accidente?  SI  NO

En caso negativo, firme y devuelva el formulario. No responda las preguntas 8 - 10.

8.) a.) ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de la parte responsable de su accidente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b.) ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía de seguros de la otra parte? ¿Cuál es el número de reclamo y el nombre del perito tasador?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.) ¿Se han realizado pagos por gastos incurridos como consecuencia de este accidente?

SI  NO

Si la respuesta es 'Si,' explique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10.) ¿Ha contratado a un abogado?  SI  NO

Si la respuesta es 'Si,' ¿cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de su abogado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por el presente, autorizo al administrador del plan a recuperar los pagos relacionados con el reclamo que se hayan efectuados en mi nombre de cualquier acuredo future a mi favor, así como de parte del tercero u otra compañía de seguros que haya sido responsable de mi accidente y de los reclamos correspondientes que se especificaron anteriormente. También puedo relaizar una recuperación se recibo el acuerdo directamente del tercero o de otra compañía de seguros.



Por la presente autorizo al administrador del plan a enviarles copias de los reclamos a la compañía de seguros y al abogado.

Por la presente también autorizo la divulgación de toda información que sea necesaria para verificar o investigar los detalles relativos a este accidente.

---

Firma

---

Fecha

---

Vínculo con el paciente

Reviewed: June 2021