

Cuestionario Médico de Accidente



TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS

A. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/DEPENDIENTE

Apellido: _____

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre): _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): ____ ____ ____ Número de ID de Asegurado: _____

Grupo/Nombre del Empleador: _____ Fecha del Accidente (mm/dd/aaaa): ____ ____ ____

Descripción detallada de cómo ocurrió el accidente:

¿Pudiera otra persona ser responsable de causar su accidente? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor explique.

¿Estaba usted bajo la influencia de alcohol o drogas cuando ocurrió el accidente? ☐ Sí ☐ No

¿Existe otro plan de seguro con la responsabilidad financiera potencial para esta lesión, por ejemplo, compensación del trabajador, automóvil, seguro de propiedad?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, por favor proporcione los detalles de la otra póliza de seguro en el siguiente espacio.

Nombre del Plan: _____

Número de Póliza: _____ Número de Contacto: _____

B. INFORMACIÓN PRIMARIA DEL MÉDICO TRATANTE

Nombre Completo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

C. ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que conscientemente y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Firma _____ Fecha (dd/mm/aaaa): _____

POR FAVOR ADJUNTE EL REPORTE OFICIAL POLICIAL DEL ACCIDENTE, SI APLICA.