

Formulario de Investigación del Accidente

Llene **completamente** para evitar demoras

¡Rellenaremos este formulario por usted! Llame al número de miembro/UHH en la parte posterior de su tarjeta de identificación médica.

O bien, puede enviar el formulario por:

- **Correo electrónico:** claims@uhh.org
- **Fax:** (630) 236-4394
- **Correo:** UNITE HERE HEALTH, P. O. Box 6680, Aurora, IL 60598-0020

1: Información de reclamo del paciente

Parece que alguien más puede ser responsable de su enfermedad o lesión. *Necesitamos saber si usted planea demandar a alguien o presentar un reclamo de seguro que no sea UNITE HERE HEALTH.*

¡Evite los cobradores de deudas!

Si usted no marca una casilla a la derecha, este reclamo seguirá siendo negado y los reclamos relacionados futuros también pueden ser negados.

Número de Reclamo (si se conoce): _____

¿Fue esta enfermedad o lesión relacionada con un accidente de automóvil?

Sí No

¿Planea usted demandar a alguien o presentar un reclamo de seguro con alguien que no sea UNITE HERE HEALTH debido a esta enfermedad o lesión?

Sí No

¿La enfermedad o lesión surgió de su ocupación o empleo?

Sí No

Por favor describa la enfermedad o lesión. ▾

¿Qué causó la enfermedad o lesión? ▾

¿Cuándo ocurrió la enfermedad o lesión? (Fecha/hora) ▾

¿Dónde ocurrió la enfermedad o lesión (Dirección/ubicación) ▾

2: Firme abajo

Firma del Paciente ▾

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Firma de Miembro ▾

Nombre en Letra de Molde

Fecha

Número de Seguro Social/Identificación de Miembro ▾

Fecha de Nacimiento

3: Firma electrónica/e-signature (Uso de oficina/Office use only)

The caller authorizes a UNITE HERE HEALTH Representative to complete this form on his/her behalf.

Yes No

If yes, HRT Representative Name ▾

Date

Esta información debe ser enviada y aceptada por UNITE HERE HEALTH dentro de los 12 meses posteriores a la fecha en que recibió la denegación de los beneficios relacionados.