



**Formulario de Accidentes/Enfermedades**

# de Reclamo:

Healthcare ID #:

Paciente:

Relación:

Proveedor:

Fechas de Servicio:

Estimado participante:

Fechas del Accidente:

Delta Health Systems se ha asociado con Phia Group para coleccionar datos con respecto al reclamo indicado arriba. Nos aseguramos que no hay otra entidad responsable del pago de su reclamo, perseguiremos el reembolso cuando alguien mas es responsable y devolveremos los fondos al plan en un esfuerzo para controlar los costos de salud. Favor de **completar** y **regresar** los materiales adjuntos al domicilio que se encuentra abajo:

- Formulario

**IMPORTANTE: Fallando a regresar el Formulario firmado puede resultar en el negación de cargos relacionados.**

Se aprecia su asistencia con este asunto. Si usted tiene alguna pregunta, favor de llamar el número que se encuentra abajo, será nuestro placer asistirlo(a).

Gracias,  
Departamento de Reclamos  
Delta Health Systems



i

# del Reclamo:  
# ID de Health Care:

**Formulario**

Si se debe este accidente/enfermedad a la culpa de cualquier otro partido, favor de regresar este formulario completado. Si no se haya envuelto ningún partido tercero, favor de completar solamente los números 1 – 9.

1. Nombre del Paciente	
2. Su relación al participante	
3. Fecha de Accidente, Lastimadura o Comienzo de la Enfermedad	
4. Si se debe a un accidente, favor de proveer los detalles de cómo ocurrió el accidente.	
5. ¿En donde ocurrió el accidente, lastimadura o comenzó la enfermedad? (lugar/local/calle)	
6. ¿Quién tiene la culpa por el accidente/lastimadura?	
7. ¿Qué fueron sus lastimaduras?	

<b>Información Legal / de Reclamos</b>	
8. ¿Reclamó o planifica reclamar a:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí</b> , favor de indicar contra quién será el reclamo o acción. (nombre del propietario de la póliza, si aplica).
<input type="checkbox"/> Póliza de autos, inclusive la suya <input type="checkbox"/> Póliza de casas, inclusive la suya <input type="checkbox"/> Negocio <input type="checkbox"/> Persona	Nombre, domicilio y número telefónico del seguro:
	Número del reclamo o póliza
9. ¿Tiene usted alguna cobertura médica por medio de su propia póliza de autos o propietarios de casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí</b> , favor de proveer el nombre del cargador, domicilio, número telefónico y su número de póliza.
10. ¿Se ha puesto en contacto con un abogado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí</b> , favor de proveer el/los nombre(s) de su(s) abogado(s), domicilio y número telefónico.
11. Si se ha iniciado un acción legal, ¿cuál es el estado actual del caso?	
<i>Si se ha resuelto su caso, favor de proveer los detalles y una copia de cualquier acuerdo y su cantidad monetaria o otorgación judicial.</i>	



<b>Preguntas Relacionadas al Trabajo</b>	
12. A la hora del accidente o comienzo de la enfermedad, estuvo usted: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en el trabajo,</li> <li>▪ viajando para el trabajo, o</li> <li>▪ en un evento requerido y patrocinado por el trabajo?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí, ¿ha iniciado un Reclamo de Compensación de Trabajadores?</b>
	<b>Si contestó que sí, favor de proveer:</b> # de Reclamo/Apelación: Su Estado: <input type="checkbox"/> Abierto <input type="checkbox"/> Cerrado
	¿Cuál es el nombre, domicilio y número telefónico del cargador de compensación de trabajadores?

<b>Preguntas Relacionadas a un Accidente</b>	
13. ¿Anduvo usando algún equipo de seguridad requerida, tal como el cinturón o un casco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Comentario:</b>
14. ¿Hubo algún vehículo motorizado involucrado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si contestó que sí, favor de incluir el reporte de policía con esta carta.</b>

Yo reconozco y acepto los términos de mi plan de subrogación y disposiciones de reembolso de terceras partes. Yo autorizo la liberación de la información medica relativa a este incidente a mi administrador del plan, administrador de reclamos y The Phia Group.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico Primario

\_\_\_\_\_  
Numero Telefonico Altern