



Chicago & Vicinity Laborers' District Council

Health & Welfare Fund • Retiree Health & Welfare Fund

LiUNA!

Feel the Power

11465 W. Cermak Road, Westchester, IL 60154-5768 | www.chicagolaborersfunds.com

Toll Free: (866) 906-0200 • Telephone: (708) 562-0200 7) 562-0716 - | | hlp .com

FORMULARZ ROSZCZENIA Z TYTUŁU URAZU EMERYTOWANEGO UCZESTNIKA

Nie wypełnienie tego formularza w całości może spowodować opóźnienie w opłacie rachunków medycznych.

INFORMACJE O UCZESTNIKU

Imię i Nazwisko: _____ Numer ID Uczestnika: _____

Adres domowy: _____

Miasto, Ulica, Kod pocztowy: _____ Nr Telefonu: _____

Data Wrodzenia: _____ Odczyna _____ Modeta _____

Nazwa i Adres Pracodawcy: _____

Miasto, Stan, Kod pocztowy: _____ Data zawrwdpiecia : _____

INFORMACJE O ROSZCZENIU DOTYCZĄCYM URAZU/WYPADKU

Diagnoza: _____

Data roszczenia: _____

Czy walczył o odroczenie wypłaty? Tak Nie (Jeśli Tak, prosimy podać szczegóły poniżej)

Data wypadku: _____ a Gdzie zdarzył się wypadek? _____

Opisz, w jaki sposób doszło do wypadku i doznanych obrażeń: _____

Czy choroba/uraz ma związek z pracą? Tak Nie

Jeśli Tak, czy złożyłeś lub zamierzasz złożyć wniosek o odszkodowanie pracownicze? Tak Nie

Kto był odpowiedzialny za wypadek?

Imię i Nazwisko: _____ " Nr Telefonu: _____

Adres: _____

Czy planujesz ubiegać się o zwrot kosztów od drugiej strony? Tak Nie

Czy masz lub planujesz wynająć adwokata w związku z tym wypadkiem? Tak Nie

Jeśli Tak, prosimy o podanie nazwiska, adresu i numeru telefonu adwokata: _____

Jeśli Nie, informujemy, że w przypadku zatrudnienia adwokata w przyszłości należy powiadomić o tym Biuro Funduszu.

Proszę odpowiedzieć zgodnie z prawdą i zgodnie z moją najlepszą wiedzą:

Podpis Uczestnika: _____ Data: _____

INFORMACJA DLA WSZYSTKICH STRON WYPEŁNIAJĄCYCH TEN FORMULARZ: Falszem jest wypełnianie tego formularza informacjami, o których wiesz, że są fałszywe, lub świadome pomijanie ważnych faktów. Z tego czynu mogą wynikać sankcje karne i/lub cywilne.