



FORMULARIO DE RECLAMO POR ACCIDENTE PARA PARTICIPANTES RETIRADOS

El no completar este formulario en su totalidad, puede resultar en retrasos en el pago de los reclamos.

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre del Participante: _____ Número Alternativo: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Número de Teléfono: *__+_____

Fecha de Nacimiento: _____ Masculino Femenino

Nombre del Empleador: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____ Fecha de Empleo: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU RECLAMACIÓN POR ACCIDENTE

Diagnóstico: (free form for diagnosis) _____

Fecha de Reclamo: _____ ¿La enfermedad/lesión se debe a un accidente? Sí No

Si su respuesta es sí, proporcione los detalles a continuación

Fecha del Accidente: aaaaaaaaaaaaaa ¿Dónde ocurrió el accidente? aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa__aaaaaaaaa

Proporcione una descripción de cómo ocurrió la lesión/enfermedad e incluya una lista de sus lesiones/discapacidades:

¿La enfermedad/lesión está relacionada con el trabajo? Sí No

¿Ha presentado o tiene lo intención de llevar este reclamo a la Compensación de Trabajadores? Sí No

¿Quién fue el responsable del accidente?

Nombre: _____ "Número de Teléfono: *__+_____

Dirección: _____

¿Tiene previsto solicitar un reembolso a la otra parte? Sí No

¿Tiene o piensa contratar a un abogado para este accidente? Sí No

Si su respuesta es sí, proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono de su abogado:

Si su respuesta es no, tenga en cuenta que debe notificar a la Oficina del Fondo si contrata a un abogado en el futuro.

Las respuestas anteriores son verdaderas y correctas a fe de mi conocimiento:

Firma del Participante: aa Fecha: aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa

ATENCIÓN A TODOS LOS QUE COMPLETEN ESTA FORMA: Es un fraude completar esta forma con información que usted sabe que es falsa u omitir a propósito hechos importantes. Castigo criminal o civil puede resultar por este acto.