

INFORME DE ACCIDENTE/LESIÓN DE UN MIEMBRO

I. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del Miembro: _____

Número de Identificación del Miembro: _____ Número de Identificación del Grupo (si procede): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Reclamo: _____

**La información puede encontrarse en la tarjeta de identificación de seguro médico del miembro.*

II. TIPO DE RECLAMO

¿Este reclamo resultó de un accidente y/o una lesión? Sí No

Si la respuesta a la pregunta anterior es **No**, continúe con la Sección IV.

III. INFORMACIÓN DEL RECLAMO

Fecha del Servicio: _____ Fecha del Accidente o la Lesión: _____

Describa dónde y cómo sucedió el accidente o la lesión: _____

¿Fue investigado el accidente o la lesión por la policía?

- Sí ¿Qué agencia?
 La Policía La Patrulla Estatal La Oficina del Sheriff Otro
 No

Por favor, incluya una copia del informe policial cuando envíe este formulario.

¿El accidente/lesión, ocurrió mientras estaba en su trabajo?

- Sí No ¿Se presentó un reclamo de indemnización por accidente de trabajo? Sí No

Por favor presente una copia de la decisión del reclamo de indemnización por accidente de trabajo; por ejemplo, pago, liquidación, denegación, etc.

Si no se presentó un reclamo de indemnización por accidente de trabajo, ¿se debió a alguna de las siguientes razones:

- Se renunció a la indemnización por accidente de trabajo.
Por favor presente una copia de la indemnización por accidente de trabajo (WC-10).
 El miembro trabaja por su cuenta.
Por favor presente una copia de la licencia comercial
 Otro

¿Hay un tercero que asumiría la responsabilidad del pago de este accidente/lesión?

- Sí Por favor presente esa información _____
 No

IV. FIRMA

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada en el formulario es verdadera, precisa y completa.

Como individuo con capacidad de proporcionar consentimiento, mi nombre completo escrito a máquina a continuación constituye mi firma y pretende ser vinculante.

Firma del Miembro/Tutor: _____

Fecha: _____

Si tiene preguntas, comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al (866) 403-2785.

Envíe este formulario a:

Alliant Health Plans | Atención: Customer Service
PO Box 1128
Dalton, GA 30722
Correo Electrónico: accidentinjury@AlliantPlans.com
Fax: 866- 634-8917