

410 Chickamauga Ave  
Oficina 301  
Rossville, GA 30741



Teléfono (706) 841-7000  
Línea gratuita (877) 937-9602  
Fax (706) 841-7020  
www.nifmcp.com

## FORMULARIO DE ACCIDENTE

Hemos recibido una solicitud de reembolso por un tratamiento que puede ser consecuencia de un accidente o lesión. Proporcionar la información que se solicita a continuación con respecto al reembolso en cuestión. **Corregir cualquier error en la información proporcionada y ser lo más específico posible al responder. Si no facilita la información solicitada, sus prestaciones podrían suspenderse de conformidad con el DOCUP.** Una vez que haya completado este formulario, devuélvalo a NECA/IBEW FMCP, 410 Chickamauga Avenue, Suite 301, Rossville, GA 30741.

|  |  |
|--|--|
| <b>Socio:</b>                          |  |
| <b>Paciente:</b>                       |  |
| <b>Fecha estimativa del accidente:</b> |  |
| <b>Proveedor:</b>                      |  |
| <b>Fecha de servicio:</b>              |  |

Proporcionar un número de teléfono donde se lo pueda localizar. \_\_\_\_\_

¿La enfermedad que se está tratando es consecuencia de un accidente o lesión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (en caso negativo, explicar brevemente por qué se buscó el(los) servicio(s) médico(s))

¿Cuál fue la fecha en que ocurrió el accidente o la lesión?

\_\_\_\_\_

Si el paciente es un adulto, ¿es esto consecuencia de una lesión sufrida durante el transcurso de su trabajo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió el accidente o la lesión?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el accidente o la lesión?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Considera que otra parte es responsable de este accidente o lesión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcione una breve descripción de la participación de esa parte en el accidente o lesión. (Adjunte un informe policial si corresponde y no dude en continuar al reverso si es necesario)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcionar el nombre y la información de contacto completa de esta persona:

\_\_\_\_\_

¿Está solicitando el reembolso de otra parte o empresa de seguros en relación con esta lesión? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si lo conoce, proporcionar información sobre las empresas de seguros de la parte responsable, incluido el número de reclamo:

---

---

---

¿Ha contratado a un abogado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono de su abogado:

---

¿Se ha presentado una **demanda**? En caso afirmativo, indicar el tribunal en el que se presentó, la fecha de presentación y el número de tribunal:

---

---

---

---

En caso negativo, ¿piensa presentar una demanda? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso contrario, explicar por qué no presentará un reclamo o demanda:

---

---

---

---

Nombre, dirección y número de póliza de todas las demás coberturas de seguro que tenga:

Hogar:

---

---

Auto:

---

---

Otro:

---

---

**Le pedimos disculpas si ya ha facilitado la información solicitada en relación con el incidente mencionado. No obstante, para nuestro registro, le solicitamos que nos facilite los datos necesarios sobre el accidente especificado y las fechas del tratamiento. Si es necesario, utilice una hoja adicional.**

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR: Devuelva este formulario a: NECA/IBEW FMCP 410 Chickamauga Avenue, Oficina 301, Rossville, GA 30741.**