



PO Box 3018  
Missoula, MT 59806-3018  
Teléfono 1-800-877-1122 o fax (406) 523-3111

Fecha:

Nº del Reclamo:

Nombre del médico tratante: \_\_\_\_\_

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Persona lesionada: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador / Auspiciador del plan: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_ N° de identificación del participante: \_\_\_\_\_

Estimado \_\_\_\_\_,

Hemos recibido el reclamo antedicho que indica un posible accidente o lesión. Sírvase llenar el cuestionario siguiente y enviarlo a la dirección antes mencionada. De conformidad con la política de procesamiento de reclamos adoptada y la ley de Montana, debemos recibir esta información en un plazo de 45 días a partir de la fecha de esta carta o el reclamo será denegado. Nuestro número de fax es (406) 523-3111.

### CUESTIONARIO SOBRE ACCIDENTE / LESIÓN

¿Fue la anterior fecha de servicio el resultado de un accidente / lesión?  Sí  No

Si la respuesta es no, sírvase proporcionar una explicación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*SI LA RESPUESTA ES SÍ, SÍRVASE INDICAR LA FECHA DEL ACCIDENTE / LESIÓN: \_\_\_\_\_

Sírvase describir cómo ocurrió el accidente / lesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sírvase describir dónde ocurrió el accidente / lesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si el accidente / lesión tuvo lugar en un local que no es su propiedad, ¿hay disponible algún seguro de propietario o del local?  Sí  No

Si la respuesta es sí, sírvase proporcionar los detalles: \_\_\_\_\_

Sírvase describir qué partes del cuerpo estuvieron involucradas en el accidente / lesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ocurrió el accidente / lesión cuando estaba trabajando?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿ha sido informado el empleador?  Sí  No

Si lo ha hecho, sírvase anotar la fecha en que el empleador fue informado: \_\_\_\_\_

Si el accidente / lesión ocurrió mientras estaba trabajando, sírvase describir las circunstancias del accidente / lesión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fue el accidente / lesión el resultado de un accidente con un vehículo automotor?  Sí  No

N° de grupo:

N° de identificación del participante:

Nombre del paciente:

Usted fue el:  Conductor  Pasajero  Peatón

Nombre del conductor: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza si no es la misma persona que el conductor: \_\_\_\_\_

Compañía de seguro para autos: \_\_\_\_\_ N° de Teléfono: \_\_\_\_\_

Número del reclamo: \_\_\_\_\_

¿Se emitió una multa de tránsito?  Sí  No Si así fue, a quién: \_\_\_\_\_

¿Hay disponible cobertura médica a través de la póliza de seguro para automóvil?  Sí  No

Si es así, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_ Número de vehículos involucrados: \_\_\_\_\_

¿Existe otra cobertura de seguro (fuera de la indicada anteriormente) disponible para el accidente / lesión?

Sí  No

Si la respuesta es sí, sírvase brindar la información siguiente:

Nombre de la otra compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

Código de área y número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Existe otra parte que sea responsable del accidente / lesión?  Sí  No

Si la respuesta es sí, sírvase brindar la información siguiente:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código de área y número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene la intención de contratar a un abogado?  Sí  No

Si la respuesta es sí, sírvase indicar el nombre, dirección y número de teléfono del asesor legal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código de área y número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que quisiera decirnos sobre este accidente / lesión? Sírvase explicar:

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

Su número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Un número de teléfono adicional donde se le pueda ubicar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Según mi leal saber y entender la información proporcionada anteriormente es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona lesionada

\_\_\_\_\_  
Fecha

(Si la persona lesionada es menor de 18 años debe firmar un padre de familia o tutor)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que firmó arriba