

# Cuestionario Médico de Accidente



**TODOS LOS CAMPOS SON REQUERIDOS**

## A. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO/DEPENDIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre (primer nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ Número de ID de Asegurado: \_\_\_\_\_

Grupo/Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha del Accidente (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Descripción detallada de cómo ocurrió el accidente:

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

¿Pudiera otra persona ser responsable de causar su accidente?  Sí  No En caso afirmativo, por favor explique.

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

¿Estaba usted bajo la influencia de alcohol o drogas cuando ocurrió el accidente?  Sí  No

¿Existe otro plan de seguro con la responsabilidad financiera potencial para esta lesión, por ejemplo, compensación del trabajador, automóvil, seguro de propiedad?

Sí  No En caso afirmativo, por favor proporcione los detalles de la otra póliza de seguro en el siguiente espacio.

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Número de Contacto: \_\_\_\_\_

## B. INFORMACIÓN PRIMARIA DEL MÉDICO TRATANTE

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## C. ADVERTENCIA DE FRAUDE

Cualquier persona que conscientemente y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_

POR FAVOR ADJUNTE EL REPORTE OFICIAL POLICIAL DEL ACCIDENTE, SI APLICA.