

IMPORTANTE - LEYO CON CUIDADO

1. Llene nuestra sección Asegurada de Empleado.
2. La respuesta todas preguntas para asegurar el servicio rápido de su reclamo.
3. Conecte todas cuentas detalladas.
4. **Firme la forma.**

SOMETASE FORMA Y CUENTAS COMPLETADAS INMEDIATAMENTE A:

naaNorth America
AdministratorsP.O. BOX 1984
NASHVILLE, TN 37202**NOTA: ¡ESTA FORMA MAYO SEA VUELTO SI NO FIRMADO!****FORMA MEDICA DE RECLAMO****PARA SER COMPLETADO POR EMPLEADO****RESPUESTA TODAS PREGUNTAS QUE APLICAN.
FIRME DONDE INDICO POR ➡**

Nombre y apellidos de empleado	Estado Civil de Empleado	C. S. Env.	Div. Legal Sep.	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra	Fecha del Nacimiento	Seg. Soc. Número
Domicilio particular (Número y la Calle)	(Ciudad)	(Estado)	(Código Postal)	Número de Teléfono		
Empleado por	Ocupación	Fecha Emplé				

El Nombre del Grupo

Reclamo se causa <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Dependiente	Nombre de Dependiente	Estado Civil de Dependiente	C. S. Env.	Div. Legal Sep.	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hembra	Fecha del Nacimiento	Relación a Asegurado
---	-----------------------	-----------------------------	------------------	-----------------------	--	----------------------	----------------------

Describa la Incapacidad

SI DEMANDANTE FUE HERIDO	Hora: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.	¿Era el demandante en el trabajo cuando el accidente ocurrió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El nombre de Empleador
El accidente de la fecha ocurrió	Describa el accidente. (Dice cómo, cuando y donde ocurrió.)		
¿Fue causada la enfermedad por trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha habido o habrá un reclamo archivado para la herida o la enfermedad con el portador de la compensación de obrero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Nombre de su Esposo	Fecha del Nacimiento de Esposo	Seg. Soc. # de Esposo	¿Es empleado el esposo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre, dirección y número de teléfono de su empleador de esposo
---------------------	--------------------------------	-----------------------	---

¿Tiene su esposo cualquier seguro en su lugar del empleo? Sí No

Si "Sí," dé el nombre y la dirección de la compañía de seguros.

Proporcione por favor los nombres de todos miembros de la familia que son cubiertos bajo este seguro:

¿Es usted o cualquiera de sus dependientes cubrió bajo cualquier otro seguro planea de otra manera que como mostrado encima de o bajo cualquier federal, el estado u otro programa gubernamental? Sí No

Si "Sí," dé el nombre y la dirección de la compañía de seguros y proporciona una copia de la tarjeta del seguro.

Proporcione por favor los nombres de todos miembros de la familia que son cubiertos bajo este seguro:

¿Es usted o su esposo cubrió bajo cuidado Médico? USTED: Sí No ESPOSO: Sí No Si "Sí," proporcione una copia de la tarjeta de cuidado Médico.

¿O su esposo tiene usted a más de un empleador? Si "Sí," da los nombres y las direcciones de todos empleadores.

Los yo/nosotros certificamos colectivamente que el encima de información es verdad y correcto. Los yo/nosotros por la presente autorizamos a todos médicos, los farmacéuticos, los hospitales u otras instituciones que rinden el cuidado y el tratamiento para proporcionar a North America Administrators, L.P. con información repleta con respecto al tratamiento rendido (inclusive copias de sus registros). Los yo/nosotros autorizamos también cualquier Unión, los Fideicomisos, Portador de Empleador o Seguro a proporcionar a North America Administrators, L.P. con información con respecto a beneficios a que yo/nosotros podemos ser permitidos. **(Si el reclamo para el esposo, el esposo debe firmar también).** Una copia o la fotocopia de esta autorización se considerarán como efectivas y válidas como la original.

Fecha	Firma de Empleado ➡	Firma de Esposo ➡
-------	------------------------	----------------------

ESTE POR FAVOR SEGURO QUE TODAS CUENTAS SE ADELANTAN CON ESTA FORMA DEL RECLAMO.