

FONDO DE SALUD Y BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES DE MASSACHUSETTS

14 New England Executive Park • Suite 200
Burlington, Massachusetts 01803-5201
Teléfono (781) 272-1000 • Gratis (800) 342-3792 • Fax 781-238-0703

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del Miembro: _____ # de ID de MLBF: _____

Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

de teléfono donde se le puede localizar: _____

Dirección: _____

TODA LA INFORMACIÓN ES REQUERIDA PARA QUE LAS RECLAMACIONES SEAN PROCESADAS O EL FORMULARIO SERÁ DEVUELTO

Estimado Miembro, fue la lesión a consecuencia de:

1) ¿**Accidente Automovilístico**? Si ___ No ___
Si es así, del listado de todos los miembros lesionados _____

¿**Lugar de empleo**? Si ___ No ___
Si es así, ¿hizo usted el reporte con su empleador? Si ___ No ___

¿**Otro**? Por favor Circule: Resbalones y Caídas, Asalto, Mordedura de Perro,
Lugar Público o Evento, Actividades Escolares,
Vacación, Propiedad Alquilada, Etc.

2) ¿Si este reclamo **no** se debe a ninguno de los anteriores, por favor explique por qué fue necesario este procedimiento? _____

3) **Proporcione Número(s) de Reclamación** o Fechas de Servicio _____
(o incluya copia de su EOB) _____

4) ¿**CÓMO** ocurrió esta lesión? Explique / detalles: _____

5) ¿**CUÁNDO** ocurrió esta lesión? **FECHA:** _____

Continúa al otro lado

6) ¿**DÓNDE** ocurrió esta lesión? _____

LUGAR _____

7) ¿**CUÁLES** son sus lesiones? _____

8) ¿Piensa usted contratar a un Abogado para presentar una demanda en contra de la otra parte involucrada en esta lesión? Si ____ No ____

En caso afirmativo, indique el Nombre, Dirección y # de Teléfono de su Abogado:

9) ¿Ha sido este caso ya resuelto? Si ____ No ____
En caso afirmativo, Cuando _____

*** Si usted decide emprender una acción legal, usted DEBE notificar al Fondo de inmediato o sus beneficios pueden ser negados.**

La información proporcionada en este formulario es verdadera y complete con lo mejor de mi conocimiento.

Firma de:

Miembro: _____ Fecha: _____

Paciente: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario por correo o fax a la dirección mencionada arriba Atención a: DEPARTAMENTO DE RECLAMOS para que sus reclamos puedan ser procesados de manera inmediata.