

Paciente: _____

N° de reclamo: _____

Empleado(a): _____

Proveedor: _____

N° de grupo: _____

Incurrido: _____

N° de cuenta: _____

Cargo: _____

CUESTIONARIO SOBRE COVID-19

1. ¿El/la paciente que se indicó arriba recibió un diagnóstico de COVID-19?

Sí

No

Si la respuesta a la Pregunta 1 es "No", por favor sáltese todas las preguntas restantes, firme y escriba la fecha en este formulario donde se indica, y reenvíelo con una copia de esta carta a HealthComp.

2. Por favor, especifique la fecha en que el/la paciente se hizo la prueba, y la fecha en que se recibieron los resultados.

3. ¿Cuál fue la última fecha en que el/la paciente trabajó, aparte de en casa?

4. ¿El/la paciente presentó un reclamo de indemnización laboral relacionado con su diagnóstico de COVID-19?

Sí

No

5. Si el/la paciente presentó un reclamo por COVID-19, ¿cuál es el nombre y la dirección de su empleador?

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

6. Por favor, proporcione una descripción general de las responsabilidades laborales del/de la paciente con su empleador, ej., proporcionar servicios de cuidados de la salud, trabajo general de oficina, ventas, etc.

7. Si el/la paciente presentó un reclamo de indemnización laboral, por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre de la aseguradora: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

de póliza: _____

de reclamo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

8. ¿El/la paciente contrató a un abogado para que le representara en cuanto a esta enfermedad?

Sí

No

Si la respuesta es "Sí", por favor, proporcione la siguiente información:

Nombre del abogado: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Queremos informarle que en el caso de que su diagnóstico esté sujeto a la ley de indemnización laboral del estado, puede que a su Plan se le solicite coordinar beneficios con la entidad encargada de la indemnización laboral. Esto no afectará su capacidad de obtener beneficios por su enfermedad, y la ley federal y la estatal le prohíben a su empleador discriminar o tomar represalias contra usted como resultado de su enfermedad o por presentar un reclamo de indemnización laboral.

En el caso de que el Plan haya pagado reclamos que estén sujetos a la indemnización laboral, el Plan puede tener el derecho de obtener un reembolso de la entidad encargada de la indemnización laboral por cualquier beneficio pagado. Por esto es importante que usted o su abogado se mantengan en contacto con nosotros, para que los montos de reembolsos puedan ser considerados y esto no afecte la resolución de sus reclamos.

Verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender, y he leído y entendido el derecho del Plan a recibir reembolso por todos los beneficios pagados por el tratamiento de lesiones relacionadas con este accidente.

Firmado: _____

Firma del empleado(a): _____

Fecha de la firma: _____