



FECHA ____/____/____

PACIENTE _____
EMPLEADO _____
NUMERO DE RECLAMO _____
PROVEEDER _____

NUMERO DEL GRUPO _____
NUMERO DE CUENTA _____
FECHA INCURRIDO _____
CARGO _____

RE: Detalles Sobre Su Herida

Estimado Miembro:

Hemos recibido un reclamo de parte del proveedor nombrado arriba. Para evitar un retraso en el procesamiento de sus reclamos por favor conteste las siguientes preguntas, firme, indique la fecha, y envíe la carta a nuestra oficina.

HealthComp Administrators, P.O. Box 45018, Fresno, CA 93718-5018.

Esta relacionado este reclamo a una herida? Si ____ No ____

Si la respuesta es No, por favor no conteste las siguientes preguntas, sino continúe a la página tres (3) firme, indique la fecha, y devuelva la carta a la oficina de HealthComp.

Si la respuesta es Si, por favor conteste las siguientes preguntas:

Ocurrió la herida en el trabajo? Si ____ No ____

Fecha cuando se herio: ____/____/____

Lugar donde ocurrió su herida: Trabajo ____ Casa ____ Automovil ____

Otro _____

Por favor describa los detalles su herida: _____

Se herio por culpa de otra persona? _____

Existe una declaración policial? Si ____ No ____

Si su respuesta es Si, por favor anada una copia de la declaración policial.



EMPLEADO _____

Referente a pólizas de otro(s) seguros que pueda tener, haga el favor de proveer el nombre de la compañía del otro seguro que pueda ser responsable por los gastos relacionados con esta herida.

Nombre de su compañía de seguros: _____
Tipo de póliza: Automóvil _____ Casa _____ Otro _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Zona Postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de póliza o reclamo: _____
Nombre del asegurado: _____

Referente a pólizas de seguros de cualquier tercer partido que pueda ser responsable por esta herida, tenga la amabilidad de proveer el nombre de su compañía de seguros.

Nombre de la compañía de seguros del tercer partido: _____
Tipo de póliza: Automóvil _____ Casa _____ Otro _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal (Zip): _____
Número de teléfono: _____ Número de póliza o reclamo: _____
Nombre del asegurado: _____

Tiene un abogado: Si _____ No _____ Si la respuesta es no, pero si en el futuro contrata a un abogado, haga el favor de informarnos y proveer la siguiente información:

Nombre de su abogado: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal (Zip): _____
Número de teléfono: _____

Nombre del abogado de la otra persona: _____
Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código Postal (Zip): _____
Número de teléfono: _____



EMPLEADO _____

Como condicion de elegibilidad para recibir beneficios bajo este plan al que usted pertenece, cada persona cubierta (incluyendo el empleado actuando en su favor y a favor de sus dependientes) ha convenido que el plan sera subrogado, al grado y en la suma de cualquier cantidad de pago hecho conforme al plan de cobertura, para cualquier causa de accion que la persona cubierta pueda tener contra de cualquier agraviador debido a alguna herida que da como resultado el pago hecho por el plan. La aceptacion de beneficios bajo este plan para el pago hecho por el plan automaticamente asigna al plan cualquier derecho que la persona cubierta pueda tener para recuperar pagos de cualquier tercer partido o de un asegurador.

Como condicion adicional de la elegibilidad para recibir beneficios bajo este plan, cada persona cubierta (incluyendo el empleado actuando a su favor y a favor de sus dependientes) conviene que el plan tendra el derecho contractual para el reembolso de todas las sumas recuperadas por una persona cubierta de un agraviador al grado de los pagos hechos por el plan para el beneficio de la persona cubierta. Cada persona cubierta reconoce que el Plan es un Plan de Financiamiento Autonomo y reconoce que cualquier omision de proporcionar tales reembolsos al plan seria injusto bajo principios de equidad.

Firma del Empleado

____/____/____
Fecha

La informacion solicitada debe ser recibida por HealthComp dentro de cuarenta y cinco (45) dias de la fecha de la solicitud inicial o el reclamo sera negada/cerrada. Si tiene cualquier pregunta, favor llame a nuestra oficina al (800) 442-7247. Si gusta enviar la information por fax: FAX (559) 499-2464.

Atentamente,

HealthComp Administrators
Departamento de Reclamos