

**DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO A LA OFICINA DE RECLAMOS
FONDO DE SALUD DEL CONSEJO REGIONAL DE CARPINTEROS
DE LOS ESTADOS DEL NORTE Y DEL CENTRO**

P.O. BOX 4002
EAU CLAIRE, WISCONSIN 54702
En todo el país: 1-800-424-3405
Teléfono: 1-715-835-3174

DECLARACIÓN DE LESIÓN/ENFERMEDAD

Nombre completo del miembro _____ Número de identificación _____ Fecha de nacimiento _____

Estado civil _____ Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente Sexo M F

Dirección particular _____ Número de teléfono _____
() _____
NUMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL (CODIGO DE AREA)

Vínculo con el miembro _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo M F

Nombre del paciente _____

Estado civil del paciente Soltero Casado Viudo Divorciado Separado legalmente

IMPORTANTE: COMPLETE TODAS LAS PREGUNTAS.

Declaración de lesión/enfermedad _____ Hora de la lesión _____ AM
PM
¿Dónde se produjo la lesión? _____ (si corresponde) (marque con un círculo)

(CIUDAD, ESTADO, DE QUIÉN ES LA PROPIEDAD)

Describa la lesión/enfermedad: Describa cómo ocurrió o se produjo _____

¿La lesión o enfermedad se produjo como consecuencia de un trabajo remunerado? Sí No
¿Existe la posibilidad de que un tercero sea responsable del pago de una parte o la totalidad del gasto médico?
 Sí No
En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del tercero. _____

Si se conoce, identifique también la compañía aseguradora y el agente del tercero. _____

¿La lesión o enfermedad fue causada en el contexto de algún empleo? Sí No
¿Se ha presentado, o se va a presentar, una reclamación por esta incapacidad a la compañía de seguros laborales del trabajador? Sí No

**Otra
Cobertura**

¿Tiene usted, su cónyuge o sus dependientes alguna otra cobertura de grupo? Sí No
En caso afirmativo, complete la sección siguiente: Fecha de nacimiento de la persona
a. Nombre de la persona asegurada en otro grupo _____
b. Nombre y dirección de otro plan de grupo o compañía de seguros _____
c. Grupo y número de póliza _____

Por la presente certifico que las declaraciones aquí contenidas y adjuntas son completas y exactas. Autorizo a cualquier persona o institución que brinde atención, o a cualquier persona u organización en posesión de información sobre seguros u otros beneficios relacionados conmigo o con mis dependientes, a proporcionar y divulgar todos los hechos y datos conocidos relacionados con la discapacidad. Dicha información puede transmitirse al Fondo de Salud del Consejo Regional de Carpinteros de los Estados del Norte y del Centro, así como a cualquier organización y entidad de contención de costos contratada o autorizada por los Fideicomisarios.

Fecha: _____ Firma del miembro asegurado _____