

# Averiguación de Accidente



Usted posiblemente recibió por correo un formulario de Averiguación de Accidente. Por favor llene este formulario o el que recibió por correo.

ID del Participante: \_\_\_\_\_ Número de Reclamo del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Antes de que este reclamo pueda ser procesado, necesitamos respuestas a todas las preguntas a continuación. Por favor llene el cuestionario completamente y tráigalo en persona o mándelo por correo a:

**Culinary Health Fund C/O NexClaim Recoveries**  
**75 Farmington Valley Drive**  
**Plainville, CT 06062**

Está bien si no sabe la información en este recuadro. Puede saltársela y llenar el resto del formulario.

El reclamo es para:

Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha del Servicio: \_\_\_\_\_

Servicio: \_\_\_\_\_ Cantidad en Dólares: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo sucedió la enfermedad o la lesión? Fecha (MM/DD/AA): \_\_\_\_\_

2. ¿Dónde ocurrió la enfermedad o la lesión? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo sucedió la enfermedad o la lesión? \_\_\_\_\_

4. ¿Esta enfermedad o lesión es culpa de alguien más? ( ) Sí ( ) No

Explique: \_\_\_\_\_

5. ¿Su enfermedad o lesión está relacionada con sus obligaciones en el trabajo? ( ) Sí ( ) No  
(Explique a continuación y si dijo que sí, continúe con las preguntas 6 y 7)

Explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Reportó la condición a su empleador? ( ) Sí ( ) No

7. ¿Espera usted recibir o se le han proporcionado beneficios de Indemnización al Trabajador? ( ) Sí ( ) No  
Nota: Indemnización al Trabajador no es lo mismo que incapacidad del estado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas, por favor llame a nuestra Oficina de Servicio al Cliente al 888-468-4742.

Nota: No vamos a mandar otra solicitud pidiéndole esta información. Si no recibimos la información dentro de 45 días a partir de que usted recibía esta carta, el reclamo será negado y el proveedor le cobrará a usted. Si recibimos la información dentro de los 45 días, el reclamo será procesado durante los 15 días después de ser recibido.