

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Nombre de la persona que completa este documento: _____

N. ° de teléfono: _____ Email: _____

Nombre de contacto de reclamos si es diferente al anterior: _____

N. ° de teléfono: _____ Email: _____

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA POLÍTICA

Nombre del titular de la póliza: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Política #: _____

Jurisdicción de reclamo: _____

Ubicación del empleador / nombre de la empresa del cliente: _____

Cliente / Ubicación #: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

Nombre del empleado lesionado: _____

Empleado Lesionado Segundo Nombre: _____

Apellido del empleado lesionado: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de casa #: _____ Teléfono del trabajo #: _____

Teléfono móvil #: _____ Email: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Genero femenino masculino Estado civil: Soltero Casado Separado Desconocido

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO continuación _____

Fecha de contratación: _____ Ocupación: _____

Estado de Empleo: Regular / tiempo completo Medio tiempo Trabajador de piezas Estacional Voluntario

Código de clase NCCI: _____ Tasa salarial: _____

Salario por: Hora Día Semana Comisión

Número de días trabajados por semana: _____ Horas trabajadas por día: _____

¿Se pagará al empleado en su totalidad por la fecha del accidente? Sí No

¿Continuarás pagando al empleado? Sí No

INFORMACIÓN DE RECLAMACIÓN _____

Tiempo empleado comenzó a trabajar: _____ Fecha de la lesión / enfermedad: _____

Tiempo de lesión / enfermedad: _____ Fecha en que el empleador fue notificado de lesión / enfermedad? _____

Último día trabajado: _____ Fecha de regreso al trabajo: _____

Descripción del accidente: _____

Parte del cuerpo afectado: _____

Proceso de trabajo en el que el empleado participó cuando ocurrió el incidente: _____

¿Se utilizaron salvaguardas y equipos de seguridad? Sí No

¿Ocurrió un accidente en las instalaciones aseguradas? Sí No

Lugar del accidente: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿El reclamo es cuestionable? Sí No

Si es así, ¿por qué? _____

PROVEEDORES MÉDICOS

- Tratamiento inicial:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sin tratamiento médico | <input type="checkbox"/> Menor en el sitio por empleador |
| <input type="checkbox"/> Clínica Menor / Hospital | <input type="checkbox"/> Evaluación de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | |

Nombre del proveedor # 1: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

N. ° de teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Liberado para volver al trabajo: Sí No

Restricciones de trabajo: _____

Nombre del proveedor # 2: _____

Habla a: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

N. ° de teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Liberado para volver al trabajo: Sí No

Restricciones de trabajo: _____

