



CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

HCC Medical Insurance Services
 PO Box 863
 Indianápolis, Indiana 46206

Usted debe llenar este Cuestionario del Accidente si contestó en la Parte B, Número 2 de la Declaración y Autorización del Paciente que usted presentó la reclamación debido a un Accidente. Si eso es el caso, favor de llenar este formato y enviarlo a HCC Medical Insurance Services.

Nombre del Asegurado:	Nombre del Paciente:
Número de Certificado:	Fecha de Accidente/Lesión:

Ciudadanía del Paciente: _____ País de Origen del Paciente: _____
 (País donde radica principalmente y recibe correo postal)

País Visitado: _____

(Nota: HCCMIS podría solicitar una copia de su pasaporte)

1. Describa los detalles del accidente, incluya la fecha, hora, ubicación y el cómo sucedió el accidente:
2. ¿Fue el accidente relacionado al trabajo? Sí No En caso afirmativo, proporcione el nombre, dirección, y número telefónico del empleador:
3. ¿Se involucraron Vehículos Motorizados en el accidente? Sí No En caso afirmativo, proporcione el nombre, dirección, y número telefónico de la Aseguradora que cubrirá los vehículos involucrados:
4. En el caso de que haya contratado un abogado, proporcione el Número del Juicio y el nombre, dirección, y número telefónico de su abogado:

Firma del Asegurado:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:
Firma del Paciente:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha: