



CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE

Tokio Marine HCC – MIS Group
P.O. Box 2005
Farmington Hills, MI 48333-2005

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 formulario y enviarlo a Tokio Marine HCC - Medical Insurance Services Group (“MIS Group”).

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: Tokio Marine HCC - MIS Group podría solicitar una copia de su pasaporte)

1. Describa los detalles del accidente, incluya la fecha, hora, ubicación y 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: