



Empleado/Nombre del titular de la póliza:

Empleador:

Nombre del paciente:

Relación:

Esta información se puede utilizar como respuesta a una reclamación que se deniega porque el diagnóstico puede indicar un posible accidente o lesión. Por favor responda todas las preguntas a continuación:

Fecha de servicio o cita:

Nombre de Medico:

Detalles: _____

Esta reclamación está relacionada con un accidente automovilístico o de vehículo?	NO	SI **
Esta reclamación está relacionada con el trabajo?	NO	SI
Este accidente / lesión ocurrió en la propiedad / premisa aparte de su hogar?	NO	SI
Hay alguna otra parte responsable de esta reclamación?	NO	SI

En caso afirmativo: Nombre de la parte responsable o seguro de automóvil:

Dirección _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Numero de Telefono: _____

FAX to: 302-629-8416

110 South Shipley Street Seaford DE 19973 800-959-3518 www.integratpa.com