

Empleado/Nombre del titular de la póliza:

Empleador:

Nombre del paciente:

Relación:

Este formulario requiere su respuesta a un reclamo que esta pendiente/denegado debido a un posible accidente o lesion.

Fecha de servicio:

Proveedor/Medico:

( ) NO Este reclamo NO esta relacionado con un accidente automovilistico, relacionado con el trabajo accidente, o cualquier otra responsabilidad. Firme, feche y devuelva el formulario.

( ) SI Este reclamo esta relacionado con un accidente automovilistico/vehicular, relacionado al trabajo accidente u otra responsabilidad.

\* Detalles: ¿Qué lo motivo a buscar tratamiento?

---

---

---

En caso afirmativo, seleccione la respuesta que corresponda:

- ( ) Este reclamo esta relacionado con un accidente de auto/vehiculo.  
( ) Este reclamo esta relacionado con el trabajo.  
( ) Un tercero es responsable de esta reclamación. ( ) Tercero ( ) Dueño de casa

NOMBRE DE LA PARTE RESPONSABLE, AUTO, O SEGURO DE PROPIETARIO:

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Gracias,  
INTEGRA Administrative Group

FIRMA EMPLEADO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Envienos su formulario por correo, fax o portal web.^  
Subir al sitio web: [integratpa.com](http://integratpa.com)  
'Contactenos', 'Servicio al Cliente/ShareFile'  
Fax: 302-629-8416