

DECLARACIÓN DE HECHOS



Si usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor llámenos al (702) 733-9938.

Nombre del Participante:	Nombre del Cónyuge:
No. de Seguro Social:	No. de Seguro Social del Cónyuge:

Yo, _____, con residencia en _____,
 (nombre) (número y calle)
 _____, _____, _____,
 (ciudad) (estado) (código postal)

solicito beneficios bajo el Plan como resultado de las lesiones recibidas el _____.
 (fecha)

Preguntas (Por favor complete totalmente el formulario)

1	¿Qué tipo de accidente tuvo y que tipo de lesiones recibió?	
<hr/> <hr/>		
2	¿Alguno(s) de sus dependientes cubiertos estuvieron involucrados/lesionados en este accidente (de ser así, por favor proporcione sus nombres)?	
<hr/> <hr/>		
3	¿Cuál es el nombre, dirección, número de teléfono e información de seguro de la persona(s) que usted considera responsable por las lesiones, si los sabe?	
	Nombre de la Persona Responsable:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
	Compañía de Seguros:	Número de Póliza:
	Dirección:	
	Número de Teléfono:	Número de Reclamación:
4	¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, si usted tiene uno?	
	Nombre:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
5	Marque <u>UNO</u> de los siguientes:	
	<input type="checkbox"/> No tengo intenciones de presentar una reclamación ni una demanda en contra de la otra persona(s) ni su compañía de seguros ni ninguna otra compañía de seguros.	
	<input type="checkbox"/> Tengo intenciones de presentar una reclamación o demanda directa en contra de la otra persona(s) responsable y <u>no</u> deseo presentar una reclamación con el Fondo en este momento.	
	<input type="checkbox"/> Tengo intención de presentar una reclamación en contra de la persona(s) o su compañía de seguros u otra compañía de seguros. Por el momento, deseo que el Fondo procese mis reclamaciones médicas. <i>(Si usted marca esta respuesta, por favor lea el documento adjunto llamado "Visión General del Proceso de Reembolso". Usted también tiene que completar y presentar el Acuerdo de Reembolso adjunto antes de que se pueda procesar cualquier cuenta médica.)</i>	

Certifico que la información anterior es verdad y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información falsa podría tener como consecuencia la negación de esta reclamación. También comprendo que si mi respuesta a la pregunta 5 cambia después de presentar este formulario, debo comunicarme con el Fondo y completar un Acuerdo de Reembolso si es aplicable.

Firma de la Persona Agraviada: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

(Si la persona agraviada es menor de edad)