



HEALTH & WELFARE TRUST FUND

CENTRAL STATES JOINT BOARD

Subro Response Unit

P.O. BOX A3375 • CHICAGO, IL 60690 • PHONE & FAX: (312) 757-5463 • CSJBSUBRO.COM

CUESTIONARIO

1. Por favor proveer la siguiente información sobre usted.		
Si ha completado previamente un formulario para este reclamo marque aquí <input type="checkbox"/> y actualize.		
Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad y Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
Relación al Miembro: <input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> Otro Dependiente		
Si usted no es el Miembro, facilite la siguiente información:		
Nombre del Miembro:		Fecha de Nacimiento:
ID #:		
2. Por favor proveer la siguiente información sobre por qué usted recibió tratamiento médico.		
<input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Condición Médica <input type="checkbox"/> Examen Médico <input type="checkbox"/> Otro _____		
En caso de una lesión, indique la fecha en que ocurrió:		
Localización de Lesión:	Tipo de Lesión: <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	
¿Esta lesión fue causada por una tercera persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Hay un informe de policial? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *Si selecciono sí, por favor somete una copia del informe policial.		
3. Describa brevemente las circunstancias que rodearon la lesión y el tratamiento médico recibido.		
4. ¿Ha recibido o está intentando recibir una compensación por sus lesiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5. ¿Ha contratado a un abogado para que lo ayude a recuperar parte o la totalidad de las pérdidas que sufrió como resultado de la lesión? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No *Si selecciono sí, por favor proveer la siguiente información.		
Nombre del Abogado:		Nombre de Bufete:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Correo Electrónico:	
6. Si usted presentó un reclamo a cualquier seguro (Automóvil, Hogar, Inquilinos), o una tercera persona es responsable por su lesión, por favor proporcione la siguiente información de la aseguradora:		
Nombre de Seguro:		Número de Reclamo:
Número de Póliza:	Teléfono:	Correo Electrónico:

Por lo presente certifico que a lo mejor de mi conocimiento y bajo pena de ley, la información proveída aquí es verdadera, correcta y completa. Entiendo que proveer información falsa puede resultar en mi reclamo ser negado.

Firma de Miembro:

Firma del Dependiente (si es aplicable):

Padre, Madre o Guardián Legal (si Dependiente es un Menor):

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Por favor someta una respuesta a este Cuestionario por cualquiera de los siguientes medios:

Visitando: csjbsubro.com

Por Correo Electrónico: response@csjbsubro.com

Por Fax: (312) 757-5463

Por Correo: CSJB Welfare, P.O. Box A3375, Chicago, IL 60690

Para preguntas solo a el *Subro Response Unit*, incluyendo este Cuestionario, llame al (312) 757-5463.

Para preguntas sobre elegibilidad, reclamos y otra información sobre sus beneficios médico, llame al (312) 738-0822.