



# BACKFIT HEALTH + SPINE

## Lesion de Accidente Información de la Aseguranza

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Hoy: \_\_\_\_\_  
Fecha del accidente: \_\_\_\_\_  Conductor  Pasajero

Por favor, proporcione la mayor cantidad de información posible para que su caso se pueda configurar de la mejor manera posible. En el estado de Arizona, las leyes de seguros establecen que usted tiene el derecho de facturar cualquier póliza de seguro en las que usted tenga cobertura. En el caso de más de una cobertura de seguro, es posible un exceso de pago. Tan sólo se tiene que pagar una vez, por lo que cualquier exceso de pago se le reembolsará a usted en el momento de aplicar los pagos.

### Aseguranza Primaria (su seguro médico)

¿Usted desea utilizar su seguro de salud? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor póngase en contacto con su seguro médico inmediatamente y complete la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la Aseguranza: \_\_\_\_\_ Telefono#: \_\_\_\_\_  
ID #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

**Cobertura Medica del Automovil:** en la aseguranza de su automóvil, o del automóvil en el que usted era pasajero, es posible que exista la cobertura llamada "Med-Pay". Esta cobertura es para cualquier lesión que pueda haber ocurrido a alguien en el automóvil. Se cubrirá cualquier cosa, desde un accidente automovilístico, fuera o no su culpa, hasta lastimarse el dedo con la puerta del coche. Esta parte de la cobertura no aumentara su poliza de pago o afectara su credito de ninguna manera. De hecho, esto es exactamente por lo que se paga "Med-Pay" en su póliza. Decidio usted utilizar los beneficios del med-pay? \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de Seguro: \_\_\_\_\_ Telefono#: \_\_\_\_\_  
Poliza #: \_\_\_\_\_ Claim #: \_\_\_\_\_

**Responsabilidad de la Otra persona:** Esta es la información del seguro de la persona que estaba en el "otro coche". La información se puede encontrar en el reporte de accidente de la policia.

Nombre del Conductor: \_\_\_\_\_ Dirección : \_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre del seguro: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_  
Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_  
Poliza #: \_\_\_\_\_ Claim #: \_\_\_\_\_

### Información Fiscal:

Tiene un abogado? \_\_\_\_\_ Si no, nosotros podemos proporcionar información de algun abogado que se especialize en accidentes de automovil.

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_  
Persona De Contacto: \_\_\_\_\_ Telefono #: \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, reconozco que he proporcionado toda la información solicitada a lo mejor de mi conocimiento y entiendo toda la información que se me explicó de este formulario

\_\_\_\_\_  
Firma De Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha