

**SÍ SU LESIÓN ESTÁ RELACIONADA CON UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO O UNA LESIÓN EN EL TRABAJO , COMPLETE LA CORRESPONDIENTE .**

**ACCIDENTE  
AUTOMOVILÍSTICO  
(POR FAVOR COMPLETE A  
CONTINUACIÓN)**

Nombre del seguro de automóvil :

Dirección:

Ciudad, Estado, Zip

Phone#:

Nombre del administrador de reclamaciones :

ID de reclamación #:

Fecha del accidente: (mes / día / año)

¿Tiene un abogado?  Sí  Sin nombre del  
abogado:

Ciudad:

Teléfono#:

**EN EL TRABAJO LESIÓN  
(POR FAVOR COMPLETE A  
CONTINUACIÓN)**

Nombre del seguro:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código postal:

Teléfono#: Nombre del administrador de reclamaciones:

ID de reclamación #:

Empleador en el momento de la lesión:

Dirección:

Teléfono: Fecha de la lesión: \_\_\_\_\_

(mes /día/ año )

¿Tiene un abogado?  Sí  Sin nombre del  
abogado:

Teléfono#: \_\_\_\_\_