

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#: _____