



DIVISIÓN DE AMÉRICA DEL NORTE PAGO DE GASTOS MÉDICOS DECLARACIÓN DE PÉRDIDA

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

OFICINA: (301) 453-7400 | FAX: (301) 453-7060

CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

A COMPLETAR POR LA ORGANIZACIÓN DE LA IGLESIA

CONFÉRENCIA::

NOMBRE DE LA IGLESIA:

DOMICILIO DE LA IGLESIA:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

CONTACTO DE LA IGLESIA :

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

CORREO ELECTRÓNICO :

► PERSONA LESIONADA:

NOMBRE

I.S.P

SEGUNDO NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

(DD/MM/AA)

No SÉGURO SOCIAL:

MASCULINO

FEMENIN

DOMICILIO :

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELEPHONE | BUSINESS:

CASA:

CORREO ELECTRÓNICO :

NOMBRE DE LOS PADRES O TUTOR*:

FECHA DEL ACCIDENTE:

(MM/DD/YYYY)

HORA DE ACCIDENTE:

AM

PM

DESCRIBALAS LESIONES:

¿CÓMO SUCEDIÓ EL ACCIDENTE? :

LUGAR DEL ACCIDENTE - DOMICILIO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

FECHA REPORTADA DEL ACCIDENTE: (

TIPO DE ACTIVIDAD:

HORA DE INICIO DE LA - ACTIVIDAD:

FIN:

¿TIENE LA PERSONA LESIONADA OTRO SEGURO?

SI

NO

NOMBRE DEL OTRO SEGURO:

DOMICILIO DEL OTRO SEGURO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

► EN QUÉ MOMENTO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? :

ACTIVIDAD-RESPONSABLE ::

CARGO:

FUNCIONES EN LA IGLESIA

SI

NO

CAMPO :

SI

NO

ESCUELA BÍBLICA DE VACACIONES:

SI

NO

OTRO:

SI

NO

EXPLORADOR:

SI

NO

BAJO SUPERVISIÓN :

SI

NO

DURANTE UNA ACTIVIDAD PATROCINADA:

SI

NO

DURANTE LAS HORAS PROGRAMADAS:

SI

NO

DURANTE UNA ACTIVIDAD EN LAS INSTALACIONES:

SI

NO

AL TRASLADARSE EN UN VEHÍCULO AUTORIZADO HACIA O DESDE UNA ACTIVIDAD:

SI

NO

DURANTE SU TRABAJO:

SI

NO

► WITNESSES:

NOMBRE:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

DOMICILIO :

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

NOMBRE:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

DOMICILIO :

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

NOMBRE:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

DOMICILIO :

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

Certifico a mi leal saber y entender la exactitud y fidelidad de las declaraciones que anteceden y creo que el solicitante arriba señalado estuvo cubierto por este seguro en el momento del accidente/enfermedad.

► FIRMA DE OFICIAL QUE SUPERVISA:

FECHA (DD/MM/AA):

ANEXE A ESTE FORMULARIO LA DECLARACION Y/O LA FACTURA DETALLADA DEL MEDICO