



STATIONARY ENGINEERS LOCAL 39 TRUST FUNDS

4160 Dublin Blvd #400, Dublin, CA 94568

Telephone: (925) 208-2280 • Toll Free (800) 622-0547 • Fax (925) 833-7301

www.Local39Benefits.org • www.L39Benefits@HSBA.com

Nombre del Participante

del Participante

Seguro de Salud o Aseguranza

LOS COBROS MANDADOS RECIENTEMENTE A SU ASEGURANZA ESTÁN SIENDO TRATADOS COMO UN HECHO CAUSADO POR UNA TERCERA ENTIDAD. POR FAVOR LLENE ESTE CUESTIONARIO Y DEVUELVALO, PARA PODER EVALUAR SUS RESPUESTAS.

1. ¿Cual fue la causa de su enfermedad ó lesión? _____
2. Por favor describa como se lastimo ☐. _____
3. ¿Cuando empezó esta enfermedad ó lesión? _____
4. ¿Que estaba haciendo? _____
5. ¿Alguna otra persona causo, o contribuyo a su enfermedad ó lesión? _____
6. ¿Como? _____
7. Dé el nombre, dirección y numero de teléfono de dicha persona _____
8. Si Ud. estuvo involucrado en un accidente automovilístico, dé el nombre y numero de póliza del seguro de la otra persona involucrada: _____
9. Si no fue un accidente automovilístico, dé el nombre y número de póliza del seguro de casa, ó del seguro de indemnización de la otra persona involucrada. _____
10. Si tuvo un accidente automovilístico y la otra persona no esta asegurada, dé el nombre y número de póliza de su seguro. _____
11. ¿Reporto el accidente a la policía? _____

Administrated By: HS&BA

Member's Signature

Date

13. Por favor dé el nombre, dirección y numero de teléfono de su abogado, que lo esta representando. _____

14. ¿Ha entablado alguna demanda con alguna compañía de seguro, ó con alguna agencia gubernamental a causa de su enfermedad ó lesión? _____

15. Si es así, dé el nombre de la entidad contra la cual entablo la demanda, el número y la fecha en que la demanda fue hecha. _____

16. ¿Ha entablado un juicio legal a causa de la lesión ó enfermedad? _____

17. Si es asi, dé el nombre completo de la corte, incluyendo, el condado y el estado en el cual el juicio se presento y el numero del caso. _____

18. Por favor de los nombres de todos los participantes en el juicio. _____

19. ¿Ha sido su caso ya juzgado? _____
20. Si es así, cual fue el veredicto? _____

21. Si no es así, ha sido ya fijada la fecha para el juicio? _____

22. Si la fecha ya ha sido fijada por favor de la fecha. _____

23. Se soluciono su caso ó juicio? _____
24. Si es así, cuando y por cuanto? _____
25. Por favor de el numero de teléfono donde se encuentra durante el día y la noche. _____

26. Por favor de alguna otra información que Ud. considere relevante. _____

Firma del Participante

Fecha

Administrated By: HS&BA



STATIONARY ENGINEERS LOCAL 39 TRUST FUNDS

4160 Dublin Blvd #400, Dublin, CA 94568

Telephone: (925) 208-2280 • Toll Free (800) 622-0547 • Fax (925)833-7301

www.Local39Benefits.org • www.L39Benefits@HSBA.com

ACUERDO DE REEMBOLSO

Nombre del Participante

Fecha

Número de Identificación del participante

Nombre del Paciente

En consideración de los beneficios proporcionados por mi/nuestro tratamiento médico de lesiones causadas por mi/nuestro accidente o enfermedad en o alrededor del _____ y de acuerdo con los términos y condiciones de la póliza con Stationary Engineers Local 39. Yo/nosotros y/o nuestros dependientes, estamos de acuerdo con pagar Stationary Engineers Local 39 por todos los beneficios proporcionados por el Plan de Salud para el tratamiento de lesiones que recibí/recibimos en dicho accidente. Estoy/estamos de acuerdo en permitir Stationary Engineers Local 39 un gravamen (retención) contra cualquier y todas las sumas recuperadas por medio de la liquidación, el veredicto, el juicio o de otra manera en mi/nuestro reclamo o demanda contra la persona (s) que causaron el accidente o enfermedad mencionada y mis/nuestras lesiones. Los beneficios proporcionados deben ser pagados de cualquier dinero recuperado a través de la liquidación, el veredicto o el juicio.

Autorizo/autorizamos y dirijo/dirigimos a mi/nuestro abogado para que cumpla con los términos de este Acuerdo de Reembolso y permitir un gravamen (retención) y pagar fondos de la cuenta fiduciaria de mi/nuestro abogado el veredicto completo o el juicio de mi/nuestro reclamo o demanda. Si recibo/recibimos dinero directamente por medio de liquidación, veredicto o juicio y dicho gravamen no es pagado en su totalidad, estoy de acuerdo en pagar la cantidad total de dicho gravamen.

También estoy/estamos de acuerdo en que si mi/nuestro abogado o yo violamos este acuerdo y acción es llevada a cabo para cobrar la cantidad total o cualquier parte de dicho gravamen (retención) pagare/pagaremos los honorarios razonables de abogados y costos incurridos en cualquier procedimiento para hacer cumplir la recolección de estas cantidades.

Firma del Participante/Miembro

Fecha

Nombre del Participante en letra de imprenta

Firma del Paciente (O del Padre si es menor de edad)

Fecha

Firma del Paciente o Padre en letra de imprenta

CERTIFICACION DEL ABOGADO

Yo, el abajo firmante, soy el abogado del individual (s) que firmo este Acuerdo de Reembolso. He explicado los términos del acuerdo anterior y he respondido a todas las preguntas que surgieron sobre el efecto de la firma del acuerdo mencionado anteriormente. Cumpliré con los deseos de mi cliente expresados en el Acuerdo de Reembolso.

Fecha

Firma del Abogado y Nombre completo en imprenta

Administrated By: HS&BA