



{Formulario de lesión y accidente}

Nombre del socio: _____ Fecha de nacimiento del socio: _____ Fecha del servicio: _____

Nº de identificación en el plan IMG (que aparece en su tarjeta de identificación): _____

Número de identificación del socio: _____ Número de reclamo ante IMG: _____

Hemos recibido facturas médicas que indican que usted pudo haber sufrido un accidente. Necesitamos la siguiente información sobre usted para completar nuestro registro antes de proceder al posible pago de sus reclamos.

Escriba sus respuestas a las siguientes preguntas. Adjunte hojas adicionales, de ser necesario.

Puede enviar el formulario completo y cualquier otra documentación necesaria a IMG por:
Correo electrónico: **vistacare@imglobal.com** Fax: **(855) 851-2971** Correo postal: **P.O. Box 88506 / Indianapolis, IN 46208.**
En caso de dudas, llame a IMG al **(855) 851-2974 o 317-833-1711.**

1. Describa cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión/accidente.

¿La lesión ocurrió como consecuencia de la realización de sus tareas como Voluntario de AmeriCorps VISTA?

Sí No

Si el presente reclamo no surge de un accidente, indique cuándo y dónde se recibió atención médica.

Fecha de la atención médica: _____ Nombre del hospital o proveedor: _____

Domicilio del hospital o proveedor: _____

2. ¿Está realizando un reclamo a otra parte? Por ejemplo, al propietario de las instalaciones en las que sufrió la lesión.

Sí No De ser así, indique el nombre y el domicilio de la(s) otra(s) parte(s).

Nombre de la otra parte: _____ Domicilio de la otra parte: _____

3. Si se trató de un accidente automovilístico, indique el nombre, el domicilio y número de teléfono de las compañías de seguro involucradas, incluido el seguro para protección de lesiones personales. Indique también el número de póliza y número de reclamo.

No corresponde:

Si corresponde: Asegúrese de enviar una copia del informe policial junto con el presente formulario.

4. Si cuenta con representación legal frente a otras partes, indique el nombre, domicilio y número de teléfono de su abogado.

No corresponde:

Su firma: _____ Fecha: _____

Si en este accidente hay otra parte involucrada que sea responsable del pago de lesiones, AmeriCorps VISTA lo subrogará en su reclamo. La subrogación faculta a AmeriCorps VISTA a un reembolso por los beneficios abonados por un tercero, su asegurador u otro seguro automotor no asegurado, y le permite a AmeriCorps VISTA presentar un gravamen o tener un gravamen sobre todo cobro que usted reciba. Acepte la presente correspondencia como notificación de nuestro gravamen en este asunto. Ninguna conciliación con otra parte estará completa sin la indemnización de AmeriCorps VISTA.