



# {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 21605, Eagan, MN 55121**  
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.

**Declaración de la Ley de Privacidad: Autoridades** – Esta declaración se requiere conforme al 42 U.S.C. 4955, Servicios de soporte; 42 U.S.C. 12618, Beneficios autorizados para miembros del Cuerpo; y 45 CFR § 2556.320 - ¿Cuáles beneficios se podrían recibir un miembro de VISTA mientras se participa en servicio de VISTA? **Propósitos** – Se requiere para administrar y evaluar a los programas de beneficios de cuidado de salud brindados a los Miembros de VISTA, NCCC, y FEMA Cuerpo. **Usos de Rutina** – Usos rutinarios de esta declaración puede incluir la divulgación a (1) proveedores de cuidado de salud y compañías de seguros para rendir servicios de cuidado de salud y coordinar a los pagos de aquéllos, (2) los contratistas para ayudar a llevar a cabo la administración de los beneficios de cuidado de salud, y (3) las agencias federales, estatales, o locales conforme a los pedidos autorizados por la ley. **Consecuencias de no divulgar** – Este requisito es voluntario, no obstante, si usted decide no proveer la información es probable que se afectará el rendimiento de los beneficios de cuidado de salud.

Aviso de Comunicación Electrónica y Privacidad: Favor de entregar estos documentos de manera segura, tal como por correo electrónico encriptado o por facsímil. Si decide entregar la información por correo electrónico no seguro, usted será responsable por interceptaciones ilegales o pérdida de datos que se efectúe debido a su decisión. Para proteger a sus datos personales, recomendamos que considere cualesquier opciones del envío de correo electrónico seguro o confidencial/encriptado ofrecidas por su proveedor de servicio de correo electrónico. También usted puede considerar el proteger de sus documentos por contraseña y enviar la contraseña por distinto correo electrónico.