



Cómo llenar este formulario en su teléfono, tableta o computadora

iPhone/iPad: abra en Archivos o Adobe Fill & Sign — toque cualquier campo para escribir. Android: abra en Adobe Acrobat Reader o Google Drive. Computadora: abra en Vista Previa (Mac), Adobe Acrobat o su navegador web.

Cuando termine, guarde el PDF y envíelo por correo a help@avahelp.org o por mensaje de texto al (888) 996-8814.

1. Información Personal

NOMBRE LEGAL COMPLETO *

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NÚMERO DE TELÉFONO *

CORREO ELECTRÓNICO *

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

2. Información del Accidente

FECHA DEL ACCIDENTE (MM/DD/AAAA)

HORA DEL ACCIDENTE

CIUDAD Y CONDADO

UBICACIÓN EXACTA

NOMBRE DEL CONDUCTOR, SI SE CONOCE

AGENCIA POLICIAL / NÚMERO DE REPORTE

BREVE DESCRIPCIÓN DE CÓMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

ESTADO DEL CONDUCTOR (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE)

Sin seguro

Sin licencia

Desconocido

Otro



3. Información de Lesiones

DESCRIBA TODAS LAS LESIONES DIAGNOSTICADAS DESPUÉS DEL ACCIDENTE

HOSPITALES, FECHAS DE ADMISIÓN/ALTA, CIRUGÍAS Y TRATAMIENTO ACTUAL

MÉDICO QUE VINCULÓ LAS LESIONES AL ACCIDENTE

4. Proveedores Médicos y Facturas

ENUMERE HOSPITALES, MÉDICOS, ESPECIALISTAS, TERAPEUTAS, CENTROS DE IMAGEN, REHABILITACIÓN Y FARMACIAS

MONTO TOTAL FACTURADO HASTA LA FECHA (\$)

MONTO TOTAL NEGADO (\$)

¿ALGUNA FACTURA ENVIADA A COBROS?

¿TIENE FACTURAS Y EXPEDIENTES DETALLADOS?

5. Información del Seguro Médico

COMPAÑÍA DE SEGUROS *

TIPO DE PLAN MÉDICO

NÚMERO DE PÓLIZA

NÚMERO DE GRUPO

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

¿COBERTURA ACTIVA? (SÍ/NO)

DOCUMENTOS DISPONIBLES

Tarjeta del seguro

Póliza

Certificado de cobertura

Descripción del plan



6. Presentación del Reclamo

¿QUIÉN PRESENTÓ EL RECLAMO?

FECHA DEL PRIMER RECLAMO PRESENTADO

¿CÓMO SE PRESENTÓ EL RECLAMO?

¿PIDIERON EXPEDIENTES ADICIONALES? (SÍ/NO)

¿QUÉ DOCUMENTOS DE RESPALDO SE ENVIARON Y QUÉ EXPEDIENTES ADICIONALES PIDIERON?

7. Información de la Negación

FECHA DE LA CARTA DE NEGACIÓN

FECHA EN QUE SE RECIBIÓ

¿SE NEGÓ TODO O PARTE DEL RECLAMO?

FECHA LÍMITE PARA APELAR

RAZÓN EXACTA QUE DIERON PARA LA NEGACIÓN

CLÁUSULA, EXCLUSIÓN O LIMITACIÓN DE LA PÓLIZA CITADA EN LA NEGACIÓN

RAZONES MARCADAS POR EL ASEGURADOR

No es médicamente necesario

Condición preexistente

Servicio no cubierto

Fuera de la red

Presentación tardía

Otro



8. Comunicaciones y Apelación

LLAMADAS, CARTAS, CORREOS, MENSAJES EN EL PORTAL, Y LO QUE DIJO EL ASEGURADOR

CUALQUIER APELACIÓN PRESENTADA Y LA RESPUESTA DEL ASEGURADOR

CONDICIÓN PREEXISTENTE, TRATAMIENTO PREVIO, O EXPLICACIÓN MÉDICA VINCULANDO LAS LESIONES AL ACCIDENTE

9. Impacto Financiero

COBROS, PÉRDIDA DE INGRESOS, IMPACTO EN EL CRÉDITO, O RETRASOS EN EL TRATAMIENTO CAUSADOS POR LA NEGACIÓN

10. Consentimiento para Consulta Legal Gratuita

Doy mi consentimiento para recibir una consulta legal gratuita para entender mis derechos y opciones después de este accidente y la negación del seguro. Entiendo que esta consulta es gratuita y que no estoy obligado a tomar ninguna acción adicional. Toda la información que he compartido en este formulario es verdadera y completa a mi mejor entender.

¿CONSIENTE A LA CONSULTA LEGAL GRATUITA? (SÍ/NO) *

¿INFORMACIÓN VERDADERA Y COMPLETA? (SÍ/NO) *

FIRMA (ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO) *

FECHA *