

El fracaso para completar esta forma en su totalidad tendrá como resultado es un paciente de la auto-paga

COMPENSACION de TRABAJADORES

Nombre _____ Fecha _____

Su Información de Empleador

El nombre de la Compañía _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto de empleador _____

El Número de teléfono del empleador: (_____) _____

Portador de Seguro de trabajadores Comp

El nombre de la Compañía _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nombre de ajustador _____

El Número de teléfono del ajustador: (_____) _____

La fecha de la herida: (Mes, el Día, Año) _____ / _____ / _____

Qué parte del cuerpo: _____

Reclame el Número:

Toda compensación de Trabajadores y casos de incapacidad: es su responsabilidad de pedir un tropezado de la incapacidad después que cada visita para usted adelantar a su empleador.

Al reclamar un "en el trabajo" la herida, completa por favor el encima de información en repleto antes de siendo visto por el médico hoy y el signo abajo para nosotros ser capaz de someterse este directamente a su portador de la compensación de trabajadores. Sin la terminación repleta de esta forma, el pago seen el tiempo del servicio. Si el portador de la compensación de trabajador niega o no paga este reclamo, el paciente es responsable del pago en repleto dentro de 30 días.

Firma _____ Fecha _____