

## Subrogación y Declaración de Hechos

Nombre	Número de certificado (lo encontrará en su tarjeta de identificación).
Fecha del incidente	Hora <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M.
Ubicación exacta del incidente	

### 1 ¿Qué tipo de accidente tuvo y qué tipo de lesiones experimentó?

--

### 2 ¿Se denunció el accidente a la policía? Si No: omite esta sección

Nombre del Oficial de Policía	Reporte Policial #		
Dirección de la Estación de Policía	Ciudad	Estado/Providencia	Código postal

### 3 Persona responsable de sus lesiones (si se conoce):

Nombre de la Parte Responsable	Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado/Providencia	Código postal
Compañía de seguros de la parte responsable	Número de Póliza		
Dirección de la Compañía de Seguros	Ciudad	Estado/Providencia	Código postal
Número de teléfono de la Compañía de Seguros	Numero de Reclamo		

### 4 ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de su abogado, si tiene uno?

Nombre del Abogado	Número de teléfono		
Dirección	Ciudad	Estado/Providencia	Código postal

Continuar en la página siguiente

**5. Marque UNO de los siguientes:**

- No tengo la intención de hacer un reclamo o entablar una demanda contra la(s) otra(s) persona(s), o su seguro o cualquier otro seguro.
- Tengo la intención de presentar un reclamo o demanda directa contra la(s) otra(s) persona(s) responsable(s) y no deseo presentar un reclamo con Seven Corners.
- Tengo la intención de presentar un reclamo o demanda contra la(s) otra(s) persona(s) o su seguro o algún otro seguro. Mientras tanto, deseo que Seven Corners, Inc procese mis reclamos médicos. (Si marca esta respuesta, debe completar y enviar el Acuerdo de subrogación/Acuerdo de franquicia adjunto antes de que se procesen las facturas médicas).

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa hecha en este formulario u omisión de información solicitada por este formulario puede resultar en la denegación de la reclamación.

---

Firma del Asegurado (o firma del padre responsable o tutor legal)

Fecha

## Acuerdo de Subrogación

Fecha de Servicio	
Nombre	ID

Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que de acuerdo con las disposiciones del certificado de seguro del asegurado anterior, si se realizan pagos en virtud del mismo por cualquier tratamiento o servicio debido a una lesión o enfermedad de una persona cubierta que tiene un reclamo, demanda o derecho contra un tercero o terceros (incluida una compañía de seguros) por indemnización, daños u otro pago con respecto a dicha lesión o enfermedad, yo (nosotros) estoy (estamos) obligados a subrogarnos/reembolsar el Plan, en la medida de los pagos realizados en virtud del Certificado, mis (nuestros) derechos o reclamos por dicha indemnización, daños u otro pago.

En consideración de ello, si se realizan pagos en virtud del Certificado por tratamiento o servicio a causa de la misma lesión o enfermedad y en la medida de dichos pagos realizados (pero sin exceder los ingresos de cualquier recuperación),

- (A) Yo (nosotros) acepto (aceptamos) reembolsar el Certificado de los ingresos de cualquier recuperación recibida por mí (nosotros) debido a dicha lesión o enfermedad; y
- (B) El Certificado se subrogará/reembolsará a mis (nuestros) derechos a dicha recuperación y mi (nuestro) interés en el producto de dicha recuperación,

Si dicha recuperación se basa en el reclamo, la demanda o el derecho legítimo de la persona cubierta contra un tercero o terceros (incluida una compañía de seguros).

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado Cuya Lesión o Enfermedad Es la Base del Reclamo

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado mencionado anteriormente (o firma del padre o tutor legal responsable (si dicha persona cubierta no puede dar un recibo legalmente vinculante de cualquier recuperación)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Abogado que representa al Asegurado

\_\_\_\_\_  
Dirección del Abogado

\_\_\_\_\_  
Teléfono del Abogado

\_\_\_\_\_  
Fax del Abogado

Relacionada con el trabajo  Si  No