



STEVE SISOLAK
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

STEVE H. FISHER
Administrator

SUBROGACIÓN MÉDICA/DE SEGURO

HMS - NV Casualty Recovery
PO Box 844648
Los Angeles, CA 90084-4648

FECHA:

DE: _____ Ref: _____
Oficina distrital Nombre del Caso Núm. de Caso

Nombre de la persona lesionada, si no es el mismo que el nombre del Caso

Nombre/número de teléfono del cliente o cuidador/tutor

Formulario completado: por correo por teléfono en persona

Marque todas las casillas que corresponden.

El cliente fue lesionado mientras estaba bajo custodia de las fuerzas del orden SÍ NO

Nombre de la agencia: _____

Dirección: _____

La lesión estuvo relacionada con el trabajo SÍ NO

El cliente recibió o está recibiendo compensación del trabajador SÍ NO

Fecha de inicio: _____

Fecha de terminación (si corresponde): _____

El cliente tiene una lesión que fue consecuencia de un accidente que NO está relacionado con el trabajo SÍ NO

El cliente ha recibido o recibe actualmente atención médica por un accidente/lesión donde el caso legal ya se ha resuelto o todos los beneficios se han pagado/agotado SÍ NO



INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE/LESIÓN

Fecha en que ocurrió _____ Hora aproximada _____
(Mes, día, año) (A.M./P.M.)

Dirección y lugar _____

Cómo ocurrió el accidente _____

Otras partes involucradas _____

¿Su caso de accidente/lesión está abierto actualmente? SÍ NO Si NO, fecha en que se cerró el caso _____

¿Hubo una resolución en el caso? SÍ NO Fecha _____ Monto _____

OTRA PARTE

SOLICITANTE

Nombre del asegurado _____

Compañía de seguro _____

Dirección de la compañía de seguro _____

Número de póliza, si está disponible _____

Abogado, si participó _____

Dirección del abogado _____

Número de teléfono del abogado _____

Copia del informe de accidente: Adjunta Se enviará cuando esté disponible
 No está disponible porque _____

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo cual quiere decir que he respondido en forma veraz a todas las preguntas, a mi mejor saber y entender. Sé que puedo quedar sujeto a penas bajo la ley federal si proporciono información falsa o no veraz en forma intencional.

Firma Nombre con letra de molde Título/Parentesco Fecha Número de teléfono

