



**BlueCross BlueShield  
of Nebraska**

A Not-For-Profit Mutual Insurance Company and an Independent Licensee  
of the Blue Cross and Blue Shield Association.

Subrogation  
Omaha 390-1847  
Toll Free 800-662-3554

Subrogation  
Fax 402-392-4206  
Omaha Main Fax 402-392-2141

OL SUQ

No de identificación:  
Paciente:  
Prestador:  
Fecha de atención:

## SALUDO

Hemos recibido notificación sobre la atención del paciente antes mencionado. Con el fin de ayudarnos a completar nuestra evaluación, dedique unos minutos a completar el cuestionario adjunto.

Su cobertura de salud contiene términos referentes a derechos de subrogación y contractuales de recuperación, que nos permiten procurar recuperar los beneficios que se han pagado por lesiones o enfermedades cuando hay un tercero responsable. Estos términos también exigen que usted coopere y haga lo que sea razonablemente necesario para ayudarnos a obtener esta recuperación.

**POR LO TANTO, DEBE DEVOLVERSE ESTE CUESTIONARIO.**

Complete el cuestionario adjunto y devuélvalo dentro de los próximos 10 días en el sobre prepagado que se incluye.

Sabemos que su tiempo es valioso y agradecemos su cooperación al respecto. En caso de que tenga alguna pregunta, llámenos al 390-1847 o al 1-800-662-3554.

Agradecemos desde ya su cooperación al respecto.

Especialista en subrogación  
X-4b

DIVISIÓN LEGAL  
CUESTIONARIO DE SUBROGACIÓN/COMPENSACIÓN DE  
TRABAJADORES

OL SUQ

Nuestros registros indican que los servicios de salud recibidos posiblemente se relacionan con un accidente, una lesión causada por otra (tercera) parte, o una lesión que puede relacionarse con el trabajo.

CONTESTE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (Hogar) \_\_\_\_\_  
(Trabajo) \_\_\_\_\_

1. ¿Estuvo la atención médica que recibió el paciente relacionada con un accidente?

Sí ( ) No ( )

Accidente de vehículo/motocicleta ( ) Hogar ( ) Trabajo ( )

Otro ( ) Enfermedad ( )

Describa cómo se produjo el accidente: (Si no fue un accidente, indique por qué se recibió la atención.)

---

---

Describa las lesiones o la enfermedad

---

SI NO SE RELACIONÓ ESTO CON UN ACCIDENTE, PASE AL NÚMERO 20  
SI NO SE RELACIONÓ ESTO CON TRABAJO, PASE AL NÚMERO 14

2. Fecha de accidente o enfermedad \_\_\_\_\_

3. Ciudad y estado donde ocurrió el accidente o la enfermedad \_\_\_\_\_

4. Nombre de cualquier otro familiar lesionado. \_\_\_\_\_

Si seleccionó "Accidente de automóvil o motocicleta" u "Otro accidente", conteste lo siguiente:

6. ¿Fue otra parte responsable? \_\_\_\_\_

7. En caso afirmativo, indique el nombre de la persona o del lugar responsable del accidente

---

8. Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguros de la persona o instancia responsable. \_\_\_\_\_

---

9. Número de póliza/reclamo y nombre del ajustador.

---

---

10. Si se relaciona con automóviles o motocicletas, ¿tiene intenciones de presentar un reclamo contra su compañía de seguros del automóvil o motocicleta? Sí \_\_\_ No \_\_\_

11. En caso afirmativo, nombre, dirección, número de teléfono, nombre del ajustador y número de póliza de su seguro del automóvil o motocicleta.

---

---

---

---

12. ¿Ha contratado a un abogado? Sí\_\_ No\_\_

13. De ser así, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado:

---

---

SI SELECCIONÓ "RELACIONADO CON EL TRABAJO" CONTESTE LO SIGUIENTE:

14. Fecha de la lesión o enfermedad\_\_\_\_\_

15. Nombre, dirección y número de teléfono del empleador

---

---

16. Nombre, dirección y número de teléfono de la empresa encargada de la Compensación de Trabajadores

---

---

---

17. Núm. de Reclamo\_\_\_\_\_Nombre del ajustador\_\_\_\_\_

18. ¿Ha contratado a un abogado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

19. De ser así, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono del abogado:

---

---

---

20. Certifico por la presente que la información anterior es fiel, correcta y completa a mi más leal saber y entender.

Firma\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_