



**BlueCross BlueShield
of Nebraska**

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

Workers' Compensation
Omaha 398-3615
Toll Free 800-821-4786

Workers' Compensation
Fax 402-392-4206
Omaha Main Fax 402-392-2141

1Z WCQ

GRUPO

No de identificación:
PERSONA CUBIERTA:
FECHA DEL ACCIDENTE:
PRESTADOR

SALUDO

Se nos ha notificado que la persona cubierta anterior puede haber tenido una lesión o enfermedad resultante del empleo y en el transcurso del mismo. Necesitamos información adicional para poder procesar debidamente sus beneficios de salud . Complete el cuestionario adjunto, fírmelo y devuélvalo en el sobre prepagado, con destinatario designado, que se adjunta.

Póngase en contacto conmigo si tiene alguna pregunta o necesita asistencia.

Atentamente,

Especialista de Compensación de Trabajadores

WC-4

DIVISIÓN LEGAL

CUESTIONARIO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

Gracias por completar este formulario. Esta información es muy importante y necesaria para que podamos procesar correctamente sus reclamos.

¿Ocurrió su lesión mientras trabajaba? Sí _____ No _____

Si NO, firme _____

EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE:

Fecha de la lesión o enfermedad: _____

Tipo de lesión o enfermedad (principales síntomas):

Cómo ocurrió la lesión o enfermedad: _____

¿Trabaja usted por cuenta propia? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, tipo de negocio por cuenta propia _____

¿Ha contratado a un abogado? Sí _____ No _____

De ser así, indique el nombre y la dirección del abogado:

Nombre del empleador y de la empresa encargada de la Compensación de Trabajadores:

¿Ha aceptado o rechazado este reclamo el empleador o la empresa encargada de la Compensación de Trabajadores?

Aceptado _____ Denegado _____

Si lo ha aceptado, ¿se ha resuelto este caso? Sí _____ No _____

Si se ha resuelto, incluya una copia de la resolución. Si se rechazó, incluya una copia de la carta de rechazo.

Firma _____ Fecha _____