



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SUBROGACIÓN (SUBROGATION INFORMATION FORM)

Razón para este formulario: El presente formulario debe usarse para determinar si hubo algún tercero involucrado en su accidente y para garantizar la recuperación de las sumas de dinero que pudieren resultar exigibles por parte del plan de salud grupal como resultado de una liquidación, de acuerdo con la descripción resumida del plan.

(Reason for this form: This form is to be used for determining if there is a third party involved in your accident and to ensure the recovery of money that may be due back to the group health plan as a result from a settlement, as outlined in your Summary Plan Description.)

Nombre del Empleado: _____

(Employee Name)

Nombre del Paciente: _____

(Patient Name)

Número de seguro social del asegurado: _____

(Social Security Number of Insured)

Número del grupo: _____

(Group Name)

Hemos recibido recientemente su solicitud de gastos médicos. Su información indica que la solicitud podría deberse a lesiones sufridas en un accidente. Según las disposiciones del Plan de beneficios a empleados, bajo ciertas circunstancias, el plan tiene el derecho de procurar el reintegro de estos costos de una tercera parte si el accidente fue causado por una tercera parte.

(We recently received your Medical Expense Claim. Your information indicates the claim may have resulted from injuries suffered in an accident. Under the provisions of your Employee Benefit Plan, under certain circumstances, the plan has the right to seek repayment of these expenses from third parties if the accident was caused by a third party.)

1. Indique la fecha y describa completamente el accidente, incluyendo dónde y cómo ocurrió.
(Please provide date and fully describe the accident, including where and how it happened.)

2. ¿La lesión ocurrió como consecuencia de un vehículo automotor u otro tipo de accidente causado por otra persona?
(Did injury occur as a result of motor vehicle or other type accident that was caused by someone else?)

3. Indique el nombre y dirección de cualquier tercera parte involucrada:
(Please provide the name and address of any third party involved:)

4. Indique el nombre, dirección y número de póliza de la empresa aseguradora de la tercera parte.
(Please list name, address & policy number of third party's insurance carrier.)

5. Indique el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, si tiene uno:
(Please provide the name, address & phone number of your attorney, if any:)



FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE SUBROGACIÓN (SUBROGATION INFORMATION FORM)

6. Si no presentará una acción legal o demanda contra la tercera parte, indique por qué:
(If you will not file a suit or claim against the third party, please indicate why:)

Certifico que la información que precede es completa y verdadera según mi leal saber y entender. Comprendo que proveer información falsa o errónea puede poner en riesgo mi solicitud.
(I certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I understand that providing false or misleading information may jeopardize my claim.)

Firmado: _____ Fecha: _____
(Signed) (Date)

Complete el acuerdo de reintegro adjunto.
(Please also complete attached reimbursement agreement.)

Devuelva esta carta, el acuerdo y el informe del accidente, si fuese necesario, tan pronto como sea posible a:
(Return this letter, the agreement, and an accident report, if applicable, as soon as possible to:)

Planned Administrators, Inc.
P.O. Box 6927
Columbia, SC 29260

Una vez que recibamos esta información, procesaremos la solicitud conforme con la misma. Agradecemos su colaboración.
(Once this information is received we will process claims accordingly. Thank you for your assistance.)



ACUERDO DE REINTEGRO
(REIMBURSEMENT AGREEMENT)

Según la disposición de "Subrogación" del plan de beneficios a empleados provisto por _____, el abajo firmante acuerda por el presente documento reintegrar y pagar inmediatamente al plan una suma que no exceda el monto adicional de los beneficios pagados o a pagar por mí o en mi nombre bajo dicho plan por los costos incurridos como resultado de las lesiones o enfermedades sufridas en o alrededor de _____, en el Condado de _____, Estado de _____, por cualquier recuperación por liquidación, sentencia en contrario del seguro de dicha persona u organización.

(In accordance with the "Subrogation" provision of the Employee Benefit Plan provided by _____, the undersigned hereby agrees to reimburse and pay promptly to the Plan an amount not exceeding the aggregate amount of benefits paid or to be paid to me or on my behalf under said Plan for charges incurred as a result of injury or disease sustained on or about _____, in _____ County, State of _____, out of any recovery by settlement, judgment of otherwise, from such person's or organization's insurance.)

El abajo firmante además acuerda ejecutar los instrumentos y papeles, proveer información y asistencia y tomar otras acciones necesarias y relativas que el Plan pueda requerir para facilitar su derecho de reintegro.

(The undersigned further agrees to execute instruments and papers, furnish information and assistance, and take other necessary and related action as the Plan may require to facilitate its right of reimbursement.)

El abajo firmante representa y garantiza que no hubo condonación o cancelación de deuda alguna con respecto a su/s derechos de ser indemnizado descriptos en el presente documento y que el abajo firmante no ha hecho nada para perjudicar dichos derechos.

(The undersigned represents and warrants that no release or discharge has been given with respect to his (their) rights of recovery described herein and that the undersigned has done nothing to prejudice said rights.)

Empleado
(Employee)

Dependiente
(Dependent)

Tutor legal del menor dependiente
(Legal Guardian of Minor Dependent)

Fecha
(Date)

Testigo
(Witness)