



HEALTH & WELFARE TRUST FUND

CENTRAL STATES JOINT BOARD

Subro Response Unit

P.O. BOX A3375 • CHICAGO, IL 60690 • PHONE & FAX: (312) 757-5463 • CSJB SUBRO.COM

CUESTIONARIO

1. Por favor proveer la siguiente información sobre usted.		
Nombre:		Fecha de Nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Correo Electrónico:
Relationship to Participant: ☐ Sí Mismo ☐ Esposa ☐ Hijo/a ☐ Otro Dependiente		
2. Por favor proveer la siguiente información si no es el Miembro.		
Nombre del Miembro:		Fecha de Nacimiento:
ID #:		
3. Por favor proveer la siguiente información por qué usted recibió tratamiento médico.		
☐ Lesión ☐ Enfermedad ☐ Condición Médica ☐ Otro _____		
En caso de una lesión, indique la fecha en que ocurrió:		
Localización de Lesión:		
Tipo de Lesión: ☐ Automóvil ☐ Trabajo ☐ Otro		
¿Hay un informe policial? ☐ Si* ☐ No		
*Si selecciono si, por favor somete una copia del informe policial.		
4. Describa brevemente las circunstancias que rodearon la lesión y el tratamiento médico recibido.		
5. ¿Ha contratado a un abogado para que lo ayude a recuperar parte o la totalidad de las pérdidas que sufrió como resultado de la lesión? ☐ Si* ☐ No		
*Si selecciono si, por favor proveer la siguiente información.		
Nombre del Abogado:		Nombre de Bufete:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:		Correo Electrónico:

Por lo presente certifico que a lo mejor de mi conocimiento y bajo pena de ley, la información proveída aquí es verdadera, correcta y completa. Entiendo que proveer información falsa puede resultar en mi reclamo ser negado.

Firma de Miembro:

Fecha: _____

Firm del Dependiente (si es aplicable):

Fecha: _____

Padre, Madre o Guardián Legal (si Dependiente es un Menor):

Fecha: _____

Por favor someta una respuesta a este Cuestionario por cualquiera de los siguientes medios:

Visitando: csjbsubro.com

Por Correo Electrónico: response@csjbsubro.com

Por Fax: (312) 757-5463

Por Correo: CSJB Welfare, P.O. Box A3375, Chicago, IL 60690

Para preguntas solo a el *Subro Response Unit*, incluyendo este Cuestionario, llame al (312) 757-5463.

Para preguntas sobre elegibilidad, reclamos y otra información sobre sus beneficios médico, llame al (312) 738-0822.