



HEALTH & WELFARE TRUST FUND

CENTRAL STATES JOINT BOARD

Subro Response Unit

P.O. BOX 61081 • CHICAGO, IL 60606 • PHONE & FAX: (312) 757-5463 • CSJBSUBRO.COM

CUESTIONARIO

1. Por favor proveer la siguiente información sobre usted.		
Nombre:	Fecha de Nacimiento:	
Direccion:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Correo Electrónico:	
Relationship to Participant: <input type="checkbox"/> Sí Mismo <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo/a <input type="checkbox"/> 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.		
<input type="checkbox"/> Lesión <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Condición Medica <input type="checkbox"/> Otro _____		
En caso de una lesión, indique la fecha en que ocurrió:		
Localización de Lesión:		
Tipo de Lesión: <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		
¿Hay un informe policial? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No		
*Si selecciono si, por favor proveer la siguiente información.		
Nombre del Abogado:	Nombre de Buffet:	
Direccion:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Telefono:	Correo Electrónico:	

Por lo presente certifico que a lo mejor de mi conocimiento y bajo pena de ley, la información proveida aqui es verdadera, correcta y complete. 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 61081, Chicago, IL 60606

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 medico, llame al (312) 738-0822.