

MASSACHUSETTS LABORERS' HEALTH AND WELFARE FUND

P.O. BOX 3005

BURLINGTON, MASSACHUSETTS 01803-9005

TELEPHONE (781) 272-1000 • TOLL FREE (800) 342-3792 • FAX (781) 238-0703

MEMBER INFORMATION

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Member Name: _____ MLBF ID#: _____
Nombre del Miembro # ID de MLBF

Patient: _____ D.O.B _____
Paciente Fecha de Nacimiento

Phone # where you may be reached: _____
de teléfono donde se le puede localizar

Address: _____
Dirección

ALL INFORMATION IS REQUIRED IN ORDER FOR CLAIMS TO BE PROCESSED OR FORM BE WILL RETURNED.

TODA LA INFORMACION ES REQUERIDA PARA QUE LAS RECLAMACIONES SEAN PROCESADAS O EL FORMULARIO SERA DEVUELTO.

Dear Member, Was your injury the result of: / Estimado Miembro, fue la lesión a consecuencia de:

1) **Motor Vehicle Accident? / ¿Accidente Automovilístico?** Yes / Sí _____ No / No _____
If yes, List any other injured family members / Si es así, del listado de todos los miembros lesionados

Employment? / ¿Lugar de Empleo? Yes / Sí _____ No / No _____
If yes, did you report it to your employer? / Si es así, ¿hizo usted el reporte con su empleador?
Yes / Sí _____ No / No _____

Other? Please Circle: Slip & Fall, Assault, Dog bite, Public place or event, School Activity, Vacation, Rental Property, Etc. / ¿Otro? Por Favor Circule: Resbalones y Caídas, Asalto, Mordedura de Perro, Lugar Público o Evento, Actividad Escolar, Vacación, Propiedad Alquilada, Etc.

2) If this claim is **not** due to any of the above, please explain why you needed this procedure? / Si este reclamo **no** se debe a ninguno de los anteriores, por favor explique por qué fue necesario este procedimiento _____

3) **Please provide Claim Number(s) or Dates of Service / Proporcione Número(s) de Reclamos o Fechas de Servicio** _____

(Or include a copy of your EOB) / (o incluya copia de su EOB) _____

Continue on other side/Continua al otro lado

4) **HOW** did this injury occur? Explain/details: / ¿CÓMO ocurrió esta lesión? Explique/detalles _____

5) **WHEN & WHERE (PLACE)** did this injury occur? / ¿CUÁNDO y DÓNDE (LUGAR) que ocurrió esta lesión? _____

6) **WHAT** are your injuries? / ¿Cuáles son sus lesiones? _____

7) Have you or do you plan to retain an Attorney to file a claim against another party involved in this injury? / ¿Piensa usted contratar a un Abogado para presentar una demanda en contra de la otra parte involucrada en esta lesión? Yes / Sí _____ No / No _____

If YES, please provide Name, Address & Phone # of your Attorney:

En caso afirmativo, indique el Nombre, Dirección y # de Teléfono de su Abogado:

8) Has this case already been settled? / ¿Ha sido este caso ya resuelto? Yes / Sí _____ No / No _____
If Yes, When / En caso afirmativo, Cuando _____

*** If you decide to pursue legal action, you MUST notify The Fund immediately or your benefits may be denied.**

Si usted decide emprender una acción legal, usted DEBE notificar al Fondo de inmediato o sus beneficios pueden ser negados.

The information provided on this form is true and complete to the best of my knowledge.
La información proporcionada en este formulario es verdadera y complete con el mejor de mi conocimiento.

Signature of:

Firma de

Member: _____

Miembro

Date: _____

Fecha

Patient: _____

Paciente

Date: _____

Fecha

Please mail or fax this form to the address above Attention: CLAIMS DEPT. so that your claims can be processed in a timely manner.

Envíe este formulario por correo o fax a la dirección mencionada arriba Atención: DEPARTAMENTO DE RECLAMOS para que sus reclamos puedan ser procesados de manera inmediata.