

RED DE INDEMNIZACIONES LABORALES DE COVENTRY TEXAS – FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FORMAL

Fecha de recepción de la Red de Indemnizaciones Laborales de Coventry: _____

INICIADOR DE LA RECLAMACIÓN		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
Teléfono: ()		

El iniciador de la reclamación es: Proveedor Transportista Empleador Empleado
 Representante autorizado designado para actuar en nombre del empleado

Nombre del empleado:	Nombre del empleador:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Estado:	Estado:
C.P.:	C.P.:
Teléfono #: ()	Teléfono #: ()
Número de Seguro Social:	

Nombre del grupo:	Asegurador:
Nombre del proveedor:	Contacto:
Dirección:	Dirección:
Ciudad:	Ciudad:
Estado:	Estado:
C.P.:	C.P.:
Teléfono #: ()	Teléfono #: ()

Sírvase describir abajo su reclamación en detalle. Incluya las fechas, los nombres y las resoluciones específicas, que usted piense que podrían resolver la situación. Cuenta con hasta 90 días a partir de la fecha de disconformidad para presentar una reclamación formal. **SÍRVASE ADJUNTAR COPIAS DE LAS CORRESPONDIENTES**

HISTORIAS MÉDICAS A ESTE FORMULARIO

La cuestión consiste en: Servicio _____ Atención médica _____ Otras _____

Fecha de la lesión: _____ Fecha de disconformidad: _____

Sírvase describir:

Si necesita más espacio para sus comentarios, use hojas adicionales.

Firma

Fecha

Envíe por correo este formulario a la dirección que figura abajo o envíela por fax al: (615)-224-9129.

**Coventry Workers' Comp Network
Attention: Grievance Coordinator
720 Cool Springs Boulevard, Suite 300
Franklin, TN 37067
1-800-873-0055**

Red de Indemnizaciones Laborales de Coventry

