

Instrucciones Para Rellenar el Impreso de "NF"

Por favor, complete las siguientes secciones de la forma "NF". Deben de haber dos páginas. Note que solamente hay que rellenar este impreso si ud piensa en usar **SEGURO DE "NO FAULT"** (sin culpabilidad) para cuidado médico.

En la primera página, por favor rellene las secciones iluminadas de la forma:

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL ASEGURADOR O AUTOSEGURADOR		NOMBRE, DIRECCIÓN, y NÚMERO TELEFÓNICO DEL REPRESENTANTE DE RECLAMACIONES DEL ASEGURADOR		
FECHA	TENEDOR DE UNA PÓLIZA	NÚMERO DE LA PÓLIZA	FECHA DEL ACCIDENTE	NÚMERO DE LA RECLAMACIÓN

Por Favor, complete y entregue esta forma lo más antes posible. **Note que la forma completa tiene que ser entregada al asegurador no más tarde que 180 días después del tratamiento.**

Si ha entregado un reporte de este accidente anteriormente, Ud. solo necesita notar algún cambio a la información proporcionada previamente y cargos adicionales.

1. Nombre del paciente y direccion

2. Edad

3. Sexo

4. Ocupación (si se sabe)

En la **segunda página**, por favor, firme en la línea sobre la palabra "patient" (paciente).