

治疗情况调查表格
TREATMENT QUESTIONNAIRE

免费电话： 1-800-562-3022
PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

患者姓名		患者电话号码 ()	
请填写此表格并用邮资已付的随附信封寄还给我们。我们曾经支付一份与 _____ 治疗相关的医疗费用账单。由 _____ 寄送给我们的此账单涉及于 _____ 提供的服务。依据法律规定，我们必须查明是否存在其它保险。			
A. 事件/事故相关情况			
受伤或疾病的起因			
<input type="checkbox"/> 机动车辆事故		<input type="checkbox"/> 工伤	
<input type="checkbox"/> 人身攻击		<input type="checkbox"/> 病症/疾病（关节炎、糖尿病等） (请略过 A、B 和 C 部分；并填写背面的 D 部分。)	
<input type="checkbox"/> 其它（医疗事故、跌倒等） _____			
与此事件/事故相关的受伤日期			
请列明与此事件/事故相关的所有伤症			
此事件/事故/伤症发生的地点			
街道名称与门牌号码		城市	州 县
B. 与此事件/事故相关的律师情况			
您是否曾因此事件/事故而聘请律师？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 若是如此，请填写此部分内容。			
律师的姓名		律师的电话号码 ()	
律师的地址		城市	州 邮政编码
个案办理现状 <input type="checkbox"/> 开案/待决 <input type="checkbox"/> 已达成和解 <input type="checkbox"/> 败诉		达成和解的日期	败诉日期
C. 与此事件/事故相关的保险情况			
是否曾裁定某人有过失（是否曾有人受到传讯）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
若是如此，请问是何人？ _____			
您家里是否还有其他人曾卷入此事故？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
若是如此，请问是何人？ _____			

请填写正反两面的内容

第一者是： <input type="checkbox"/> 司机或驾驶者 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 车辆拥有者 （过失方） <input type="checkbox"/> 财产拥有者 <input type="checkbox"/> 企业东主 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名	驾驶执照号码	
地址	城市	州 邮政编码
保险公司名称		
保险公司地址	城市	州 邮政编码
保险公司代表	电话号码 ()	
受承保人的姓名	保单号码	索偿号码
<input type="checkbox"/> 责任保险 <input type="checkbox"/> 人身伤害承保		
第二者是： <input type="checkbox"/> 司机或驾驶者 <input type="checkbox"/> 乘客 <input type="checkbox"/> 车辆拥有者 （受伤方） <input type="checkbox"/> 财产拥有者 <input type="checkbox"/> 企业东主 <input type="checkbox"/> 其他：		
姓名	驾驶执照号码	
地址	城市	州 邮政编码
保险公司名称		
保险公司地址	城市	州 邮政编码
保险公司代表	电话号码 ()	
受承保人的姓名	保单号码	索偿号码
<input type="checkbox"/> 责任保险 <input type="checkbox"/> 人身伤害承保		
<i>如果您有一份与此项治疗相关的警方报告书或保险卡，请随此表格寄送副本。</i>		
D. 情况描述		
请告诉我们相关情况。若您认为这是某人的过失，请说明原因。如果属于长期疾病/病症，请说明医生所作的相关陈述。请视需要加页填写。		

请填妥正反两面的内容