

**ОПРОСНИК В СВЯЗИ С
ЛЕЧЕНИЕМ
TREATMENT QUESTIONNAIRE**

Бесплатный телефон: 1-800-562-3022
Доб.: 15462
PO Box 45561
Olympia, WA 98504-5561

ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПАЦИЕНТА		ТЕЛЕФОН ПАЦИЕНТА ()	
<p>Мы оплатили медицинский счет за лечение _____, выставленный нам _____ за услуги, оказанные _____. По закону мы обязаны узнать, нет ли у вас какой-либо другой страховки. Используйте настоящую форму, чтобы сообщить нам, что привело к необходимости этого лечения. Вы должны вернуть заполненную форму в течение _____ дней. Если вы этого не сделаете, вы рискуете потерять оплату положенного вам обслуживания. Верните заполненную форму в прилагаемом конверте с оплаченными почтовыми расходами. Пожалуйста, не возвращайте эту форму в свой местный отдел социального обеспечения (community services office).</p>			
A. ИНФОРМАЦИЯ О ПРОИСШЕСТВИИ/НЕСЧАСТНОМ СЛУЧАЕ			
ПРИЧИНА ТРАВМЫ ИЛИ БОЛЕЗНИ			
<input type="checkbox"/> Автомобильная авария		<input type="checkbox"/> Несчастный случай на производстве	
<input type="checkbox"/> Нападение		<input type="checkbox"/> Заболевание (артрит, диабет и др.) (Не заполняйте разделы A, B и C; заполните раздел D на обороте.)	
<input type="checkbox"/> Другое (преступная небрежность медперсонала, падение и др.)			
ДАТА ТРАВМЫ, СВЯЗАННОЙ С ДАННЫМ ПРОИСШЕСТВИЕМ/НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ			
УКАЖИТЕ ВСЕ ТРАВМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ДАННЫМ ПРОИСШЕСТВИЕМ/НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ			
МЕСТО, ГДЕ ПРОИЗОШЕЛ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ/ТРАВМА/ПРОИСШЕСТВИЕ			
УЛИЦА, № ДОМА/КВ.	ГОРОД	ШТАТ	ОКРУГ
B. ИНФОРМАЦИЯ ОБ АДВОКАТЕ В СВЯЗИ С ДАННЫМ ПРОИСШЕСТВИЕМ/НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ			
Наняли ли вы адвоката в связи с этим происшествием/несчастливым случаем? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, то заполните этот раздел.			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ АДВОКАТА		ТЕЛЕФОН АДВОКАТА ()	
АДРЕС АДВОКАТА	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
СТАТУС ДЕЛА	ДАТА УРЕГУЛИРОВАНИЯ ПО ДЕЛУ	ДАТА, КОГДА ДЕЛО БЫЛО ПРОИГРАНО	
<input type="checkbox"/> Возбудено/Рассматривается			
<input type="checkbox"/> Урегулировано <input type="checkbox"/> Дело проиграно			
C. ИНФОРМАЦИЯ О СТРАХОВКЕ В СВЯЗИ С ДАННЫМ ПРОИСШЕСТВИЕМ/НЕСЧАСТНЫМ СЛУЧАЕМ			
Был ли кто-либо признан виновным (было ли кому-нибудь выписано уведомление о нарушении правил?)			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, кто?) _____			
Пострадал ли кто-либо еще из вашей семьи в этом несчастном случае? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если да, кто?) _____			

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ОБЕ СТОРОНЫ

ЛИЦО №1: <input type="checkbox"/> Водитель или машинист <input type="checkbox"/> Пассажир <input type="checkbox"/> Владелец автомобиля (Виновная сторона) <input type="checkbox"/> Владелец недвижимости <input type="checkbox"/> Владелец бизнеса <input type="checkbox"/> Другое:			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ		НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ	
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
РАБОТНИК СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		ТЕЛЕФОН ()	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА	НОМЕР ПОЛИСА	НОМЕР ИСКА	
<input type="checkbox"/> Страхование ответственности <input type="checkbox"/> Страхование от травмы			
ЛИЦО №2: <input type="checkbox"/> Водитель или машинист <input type="checkbox"/> Пассажир <input type="checkbox"/> Владелец автомобиля (Лицо, получившее травму) <input type="checkbox"/> Владелец недвижимости <input type="checkbox"/> Владелец бизнеса <input type="checkbox"/> Другое:			
ИМЯ И ФАМИЛИЯ		НОМЕР ВОДИТЕЛЬСКИХ ПРАВ	
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ			
АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
РАБОТНИК СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ		ТЕЛЕФОН ()	
ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА	НОМЕР ПОЛИСА	НОМЕР ИСКА	
<input type="checkbox"/> Страхование ответственности <input type="checkbox"/> Страхование от травмы			
<i>Если у вас есть полицейский отчет или страховая карточка, относящаяся к этому лечению, пожалуйста, пришлите копию вместе с этой формой.</i>			
D. ОПИСАНИЕ			
Сообщите нам, что произошло. Если вы считаете кого-либо виновным, поясните, почему вы так считаете. Если это хроническое заболевание, сообщите нам, что врач сказал вам об этом заболевании. При необходимости приложите дополнительные листы бумаги.			

С вопросами или за содействием в заполнении этой формы обращайтесь по тел. 1-800-562-3022, доб. 15462. Благодарим вас.

ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНИТЕ ОБЕ СТОРОНЫ