



STATEMENT OF FACTS

If you need assistance completing this form, please call us at 702-733-9938.

Participant Name:	Spouse Name:
Social Security Number:	Spouse Social Security Number:

I, _____, residing at _____,
(name) (number and street)
_____, _____,
(city) (state) (zip)
request benefits under the Plan as a result of injuries suffered on _____.
(date)

Questions (Please fill out form completely)

1	What type of accident did you have and what type of injuries did you experience?	
<hr/> <hr/>		
2	Were any of your covered dependents involved/injured in this accident (if so, please provide their names)?	
<hr/> <hr/>		
3	What is the name, address, phone number, and insurance information of the person(s) you believe are responsible for the injuries (if known)?	
	Responsible Party Name:	Phone Number:
	Address:	
	Insurance Company:	Policy Number:
	Address:	
	Phone Number:	Claim Number:
4	What is the name, address and phone number of your attorney, if you have one?	
	Name:	Phone Number:
	Address:	
5	Check <u>ONE</u> of the below:	
	<input type="checkbox"/> I do not intend to make a claim or file a lawsuit against the other person(s) or their insurance or any other insurance.	
	<input type="checkbox"/> I intend to make a direct claim or lawsuit against the other person(s) responsible and do <u>not</u> wish to make a claim with the Culinary Health Fund at this time.	
	<input type="checkbox"/> I intend to make a claim against the person(s) or their insurance or some other insurance. In the meantime, I wish to have the Culinary Health Fund process my medical claims. (If you check this answer, please read the attached document titled "Overview of Repayment Process." You must also complete and submit the enclosed Repayment Agreement before any medical bills will be processed.)	

I certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I understand that providing false information may lead to refusal of this claim. I also understand that if my answer to the above question 5 changes after I submit this form, I must contact the Culinary Health Fund and complete a Repayment Agreement if applicable.

Signature of Injured Party: _____ Date: ____/____/____

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: ____/____/____
(If injured party is a minor)



DECLARACIÓN DE HECHOS

Si usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor llámenos al 702-733-9938.

Nombre del Participante:	Nombre del Cónyuge:
No. de Seguro Social:	No. de Seguro Social del Cónyuge:

Yo, _____, con residencia en _____,
(nombre) (número y calle)
_____, _____, _____,
(ciudad) (estado) (código postal)

solicito beneficios bajo el Plan como resultado de las lesiones recibidas el _____,
(fecha)

Preguntas (Por favor complete totalmente el formulario)

1	¿Qué tipo de accidente tuvo y que tipo de lesiones recibió?	
<hr/> <hr/>		
2	¿Alguno(s) de sus dependientes cubiertos estuvieron involucrados/lesionados en este accidente (de ser así, por favor proporcione sus nombres)?	
<hr/> <hr/>		
3	¿Cuál es el nombre, dirección, número de teléfono e información de seguro de la persona(s) que usted considera responsable por las lesiones, si los sabe?	
	Nombre de la Persona Responsable:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
	Compañía de Seguros:	Número de Póliza:
	Dirección:	
	Número de Teléfono:	Número de Reclamación:
4	¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, si usted tiene uno?	
	Nombre:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
5	Marque <u>UNO</u> de los siguientes:	
	<input type="checkbox"/> No tengo intenciones de presentar una reclamación ni una demanda en contra de la otra persona(s) ni su compañía de seguros ni ninguna otra compañía de seguros.	
	<input type="checkbox"/> Tengo intenciones de presentar una reclamación o demanda directa en contra de la otra persona(s) responsable y <u>no</u> deseo presentar una reclamación con el Culinary Health Fund en este momento.	
	<input type="checkbox"/> Tengo intención de presentar una reclamación en contra de la persona(s) o su compañía de seguros u otra compañía de seguros. Por el momento, deseo que el Culinary Health Fund procese mis reclamaciones médicas. (Si usted marca esta respuesta, por favor lea el documento adjunto llamado "Visión General del Proceso de Reembolso". Usted también tiene que completar y presentar el Acuerdo de Reembolso adjunto antes de que se pueda procesar cualquier cuenta médica.)	

Certifico que la información anterior es verdad y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información falsa podría tener como consecuencia la negación de esta reclamación. También comprendo que si mi respuesta a la pregunta 5 cambia después de presentar este formulario, debo comunicarme con el Culinary Health Fund y completar un Acuerdo de Reembolso si es aplicable.

Firma de la Persona Lastimada: _____ **Fecha:** ____/____/____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ____/____/____
(Si la persona lastimada es menor de edad)