

# UNION PACIFIC RAILROAD EMPLOYEES HEALTH SYSTEMS

## REPORTE DE ACCIDENTE (Formulario 560-A)

Miembros Activos y Jubilados

### INSTRUCCIONES

(Si necesita este documento en Español, por favor llame al telefono: 1 800 547-0421.)

Llene la informacion apropiada en los espacios especificados en este formulario. Firmelo, ponga la fecha y envielo a la direccion indicada arriba. **Para que se le considere el pago tiene que responder a todas las preguntas en este formulario, firmarlo y poner la fecha. TODA LA INFORMACION EN ESTE REPORTE ES CONFIDENCIAL Y NO SE LE ENTREGARA A NADIE SIN UNA AUTORIZACION FIRMADA POR UD.**

#### NOMBRE Y DIRECCION (Use Letra Imprenta)

\_\_\_\_\_ SSN o Medicare No \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Compania \_\_\_\_\_

- Me accidente en el trabajo. Fecha que ocurrio el accidente \_\_\_\_\_  
(Abajo, en el espacio en blanco, describa el accidente e indique la o las partes afectadas de su cuerpo.)
- No fue accidente de trabajo. Fecha que ocurrio el accidente. \_\_\_\_\_  
(Abajo, en el espacio en blanco, describa el accidente e indique la o las partes afectadas de su cuerpo.)
- Fue accidente de auto. Durante horas de trabajo  Fuera de horas de trabajo   
Indique la fecha en que se accidento \_\_\_\_\_ Si otra persona es responsable del accidente, cuando describa el accidente e indique la o las partes afectadas de su cuerpo, por favor indique nombre, direccion, y numero de telefono de la persona responsable de este accidente.

#### DESCRIBA EL ACCIDENTE Y LAS CONSECUENCIAS

Testifico que esta informacion de acuerdo a mis conocimientos es correcty a verdadera.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha

