

Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de Vensure Employer Services que se les permita obtener y revisar copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier lesión actual o pasada o que esté relacionada con mi historia clínica. Toda la información pertinente se discutirán con otros profesionales involucrados en mi tratamiento médico y cualquier otra institución que, a través del “Programa de Compensación a los Trabajadores” o de otra manera, está pagando la totalidad o parte de los costos asociados con la atención médica.

Nombre del Empleado

Número de Seguro Social

Teléfono del Empleado

Número de Reclamo

Nombre del Empleador

Fecha de la Lesión

Firma del Empleado: _____ **Fecha:** _____

Por favor siéntase libre de llamar al departamento de Reclamos o Control de Pérdidas de Vensure si tiene alguna pregunta.

Favor de mandar por fax al (480) 289-6220 o correo electrónico a claims@vensure.com