



Formulario de referido de subrogación True Health New Mexico

Sírvase utilizar este formulario para enviar por fax la información del referido a *FIRST RECOVERY GROUP* al 248-443-4804. Si usted tiene preguntas, se puede comunicar con Josh Holmberg al 877-449-4803 o puede enviar la información por correo al: First Recovery Group, Attn: Josh Holmberg 26899 Northwestern Hwy. Suite 250, Southfield, MI 48033, o por correo electrónico a: Referrals@FirstRecoveryGroup.com.

Su nombre: _____

Notas:

Su número de teléfono: _____

La fecha de hoy: _____

Fecha de la pérdida: _____

Nº de identificación del asegurado: _____

Nombre del asegurado: _____

Fecha de nacimiento del asegurado: _____

Nº de seguro social del asegurado: _____

Domicilio del asegurado: _____

Plan en que está inscrito: _____

Estado donde está inscrito: _____ Tipo de plan: _____

(Medicaid/Medicare/Comercial/etc.)

Tipo de accidente:

____ Accidente de auto ____ Accidente de motocicleta ____ Indemnización laboral

____ Se lastimó en la propiedad de otra persona ____ Otro: _____

Información del abogado

Nombre del abogado: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Otra información del seguro

Nombre del seguro: _____

Experto de seguros: _____

Número de la póliza: _____

Número del reclamo: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____