



First State Physicians

Physical Medicine & Rehabilitation Center

Kevin J. McDermott, D.C.

acción del seguro por accidente automovilístico

Compañía de seguros: _____ Fecha del accidente: _____

Reclamación # _____

Nombre del ajustador / número de teléfono: _____

Ya recibió su solicitud PIP (protección contra lesiones personales)? _____

Tiene un abogado manejando este caso? (circule) SÍ NO En caso afirmativo, quién? (nombre / dirección / teléfono)

Si no, le gustaría que le sugiriéramos un abogado? _____

Cesión de pago

Se solicita y se autoriza a mi abogado y / o compañía de seguros a pagar directamente a First State Physicians cualquier monto adeudado a cuenta, el mismo que se deducirá de cualquier acuerdo realizado en mi nombre. Además, acepto pagar a First State Physicians la diferencia, si corresponde, entre el monto total de los cargos en mi cuenta y el monto pagado por el abogado y / o la compañía de seguros. Además, se entiende que yo, el abajo firmante, estoy de acuerdo con pagarle a First State Physicians el monto total de los cargos en mi cuenta si mi condición es tal que no está cubierta por mi póliza o si por alguna razón la compañía de seguros se niega a pagar mi reclamo.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Quién te refirió a nuestra oficina hoy? _____