

AUTO CLAIM FORM

Auto Insurance Name/
Nombre del seguro de automóvil: _____

Claim Filing Address/
Dirección de presentación de reclamo: _____

Phone/ Teléfono: _____

Policy Holder's Name
Nombre del titular de la póliza: _____

Claimant's Name/
Nombre de reclamo: _____

Claim Number/
Numero de reclamo: _____

Date of Accident/
Fecha del accidente: _____

Adjuster Name/
Nombre del Adjustador: _____

Adjuster Phone/
Teléfono Ajustador: _____

Florida Statutes require that all automobile injury claims must be filed to the automobile insurer within 30 days of services provided and that automobile injury claims cannot be filed to regular commercial insurance or Medicare. It is the patient's responsibility to ensure that we have all the necessary information to file this claim to the relevant automobile insurer. If the information provided is incorrect or the insurer rejects this claim, charges may not be billed to typical commercial insurance or Medicare or other federal payers, and the patient or patients's guarantor shall assume full liability for payment of services rendered by Cornerstone Medical Care related to the automobile injury.

Los Estatutos de la Florida requieren que todas las reclamaciones por lesiones automovilísticas se presenten a la aseguradora de automóviles dentro de los 30 días posteriores a los servicios prestados y que las reclamaciones por lesiones automovilísticas no se pueden presentar al seguro comercial ordinario o a Medicare. Es responsabilidad del paciente asegurarse de que tengamos toda la información necesaria para presentar este reclamación a la aseguradora de automóviles pertinente. Si la información proporcionada es incorrecta o si la aseguradora rechaza el reclamo, es posible que los cargos no se facturen a un seguro comercial típico ni a Medicare u otros contribuyentes federales, y el paciente o garante del paciente asumirá la responsabilidad total por el pago de los servicios prestados por Cornerstone Medical Care relacionados con lesiones automovilísticas.

Patient Signature/
Firme del paciente

Date/ Fecha

Guarantor Signature (if applicable)/
Firma del garante (si aplica)

Guarantor Relationship to Patient/
Relación con el paciente

Date/ Fecha

REV201808.00