

To: Anthem Blue Cross
 Attention: TPL Branch
 5151-A Camino Ruiz, Mail Stop CC-20D
 Camarillo, CA 93012

Sólo para uso del condado:
 Initial of person
 mailed: _____
 Date the form
 mailed: _____
 (Keep the copy in the file)

County Medical Services Program (CMSP)
 (Programa de servicios médicos de los condados o CMSP)
NOTIFICACIÓN DE RESPONSABILIDAD POTENCIAL DE TERCEROS

1. ¿Ha utilizado usted el CMSP o lo va a utilizar para su lesión o enfermedad? Sí No
2. ¿Ha presentado usted una demanda o reclamación al seguro o **la va a presentar**? Sí No

Si la respuesta es "Sí" a una o a ambas de las anteriores preguntas, complete lo siguiente:

3. La lesión o enfermedad ocurrió en: Hogar Escuela En la propiedad de otra persona
 Trabajo Vehículo motorizado Otro _____

Nombre del caso (nombre y apellidos)			Fecha de la lesión o enfermedad (DEBE PROPORCIONARSE LA FECHA.)	
Dirección (número y calle)	Ciudad	Estado	Código postal	Número del seguro social
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal	Número telefónico ()

Persona(s) lesionada(s):

Nombre	Fecha de nacimiento	Código del condado	Código de la ayuda	Número del seguro social (si no lo tiene dé el número de CMSP o CIN)

4. ¿Ha presentado una demanda, o **la va a presentar**? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre del abogado			Número telefónico ()	
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal	

5. ¿Tiene un seguro (además de CMSP) que **le cubra a usted o a alguien más** por esta lesión o enfermedad (automóvil, vivienda, establecimiento, accidente)? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Compañía de seguros			Número telefónico ()	
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal	
Tasador de reclamaciones	Número de reclamación o póliza	Número de póliza		

LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO

- ¿Ha presentado una solicitud a *Workers' Compensation*? Sí No Si la respuesta es "sí", proporcione lo siguiente:

Empleador cuando ocurrió el accidente		Número telefónico	Número de reclamación o caso de Workers' Compensation	
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal	

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Eligibility worker	Worker number	County	Telephone number ()
--------------------	---------------	--------	-------------------------