



Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

Solicitud para cambiar el periodo de pago o para la compra de una anualidad

Parte 1: Información de la reclamación

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
3. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)	4. Nombre de la aseguradora
5. Nombre del ajustador (nombre, apellido)	6. Número de teléfono del ajustador
7. Número de fax del ajustador	8. Correo electrónico del ajustador

Parte 2: Beneficios por causa de muerte

9. Marque todas las casillas que apliquen:		10. Beneficio propuesto \$	
<input type="checkbox"/> Cambio del periodo de pago de semanal a mensual			
<input type="checkbox"/> Compra de una anualidad (annuity, por su nombre en inglés)			
11. Nombre del pagador	12. Dirección del pagador (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
13. Nombre del beneficiario (nombre, segundo nombre, apellido)	14. Dirección del beneficiario (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
15. Teléfono del beneficiario	16. Correo electrónico del beneficiario		

Parte 3: Beneficios de ingresos de por vida

17. La aseguradora comprará una anualidad para pagar los beneficios de ingresos de por vida. (Marque solo una casilla).	
El periodo de pago será: <input type="checkbox"/> semanal o <input type="checkbox"/> mensual	18. Beneficio propuesto \$
19. Nombre del pagador	20. Dirección del pagador (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Parte 4: Programa de beneficios para la compra de una anualidad solamente

21. Beneficiario	22. Fecha de efectividad (mm/dd/aaaa)
23. Fecha en que comienzan los pagos (mm/dd/aaaa)	24. El periodo de pago será: (Marque solo una casilla) <input type="checkbox"/> semanal <input checked="" type="radio"/> mensual
25. El (mm/dd) de cada año, el pago semanal o mensual aumentará en un 3% para los beneficios de ingresos de por vida solamente. (Fecha en la que debe ocurrir el aumento) Secciones 408.061 and 408.161(c) del Código Laboral de Texas y Sección 131.4(d)(4) del Código Administrativo de Texas No. 28	

Parte 5: Certificación

26. Certifique con su firma. Yo he leído (o alguien que yo elegí me ha leído) este acuerdo. Yo entiendo y acepto voluntariamente los términos de este acuerdo tal como se indica en la parte de arriba.	
Firma del empleado o del beneficiario	Fecha
Firma del empleado o del representante del beneficiario (si es que lo hay)	Fecha
Firma del representante de la aseguradora	Fecha

Nombre del empleado:
Número de reclamación de DWC:



Para uso exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

Solicitud para cambiar el periodo de pago o para la compra de una anualidad para los beneficios de por vida o por causa de muerte

¿A dónde debo enviar este formulario?

- **Fax:** 512-804-4378; o
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Claims and Customer Services, Mail Code CCS
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Cuál es el propósito de este formulario?

La aseguradora presenta este formulario para solicitar la compra de una anualidad para los beneficios por causa de muerte o para los beneficios de ingresos de por vida (lifetime income benefits -LIBs, por su nombre y siglas en inglés), o para cambiar el periodo de pago de los beneficios por causa de muerte. El empleado o el beneficiario, su representante (si es que lo hay) y la aseguradora deben de firmar y aceptar los términos. Para los beneficios por causa de muerte, debe presentarse ante DWC una solicitud para cambiar los periodos de pago o para comprar una anualidad. La aseguradora debe presentar un formulario para cada beneficiario de los beneficios por causa de muerte. La solicitud de la aseguradora para el pago de LIBs mediante una anualidad debe presentarse ante DWC. El acuerdo para cambiar los periodos de pago de LIBs debe ser por escrito y solo se requiere que se presente ante DWC si DWC solicita una copia.

¿Qué es lo que se requiere cuando se solicita la compra de una anualidad?

El programa de beneficios es requerido cuando la aseguradora compra una anualidad. El pagador debe de iniciar los pagos dentro de 45 días, a partir de la fecha en la que DWC aprueba la solicitud.

¿Qué sucede cuando el periodo de pago cambia de semanal a mensual?

La cantidad semanal de los beneficios por causa de muerte debe de multiplicarse por 4.34821 para obtener la cantidad del pago mensual. La aseguradora debe expedir los pagos mensuales de los beneficios por causa de muerte en o antes del séptimo día del mes en que se vencen los beneficios.

¿Existe un aumento de pago para los beneficios de ingresos?

Sí, solamente los empleados que reciben beneficios de ingresos de por vida recibirán un aumento anual del 3%.

¿Qué sucede si la aseguradora no paga a tiempo mis beneficios de ingresos?

La aseguradora sigue siendo responsable de pagar los beneficios. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con la aseguradora.

¿Cuándo debe presentarse el Formulario DWC-003S, *Declaración de Salarios del Empleador*?

La aseguradora debe de incluir la declaración de salario aplicable con esta solicitud cuando los pagos de los beneficios sean menos que la cantidad máxima del promedio estatal del salario semanal. Para obtener más información visite www.tdi.texas.gov/wc/employee/maxminbens.html.

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.