[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Pago en Suma Total de los Beneficios de Ingresos o Por Causa de Muerte**

Fecha: [Date]

A: [Name of injured employee or beneficiary]

[Address]

[City, state, ZIP]

Asunto: Fecha de la lesión: [Date of injury]

Naturaleza de la lesión: [Nature of injury]

Parte del cuerpo lesionada: [Part of body injured]

No. de reclamación de DWC: [DWC claim #]

Nombre de la aseguradora/nombre de TPA: [Insurance carrier name/TPA name]

No. de reclamación de la aseguradora: [Insurance carrier claim #]

Nombre del empleador: [Employer name]

Dirección del empleador, ciudad, estado, código postal: [Employer address, city, state, ZIP]

**Nosotros, [Name of insurance carrier], le pagaremos a usted una suma total por los beneficios de compensación para trabajadores.**

En [Effective date], nosotros le pagaremos a usted una suma total de [The type of benefit]. La cantidad del beneficio será de [$$$].

**La razón por la que le pagaremos a usted esta cantidad en suma total es la siguiente**: [Provide full and complete statement explaining the action taken]

**Averigüe si puede regresar a trabajar.**

Es posible que su empleador tenga un trabajo que su médico permita. Comuníquese con su empleador para averiguar si existe un trabajo que usted pueda desempeñar.

**Comuníquese conmigo si usted: (1) tiene cualquier pregunta, (2) necesita proporcionar más información sobre esta reclamación, o (3) no está de acuerdo con esta decisión.**

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono (gratuito): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fax/correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Background pattern

Description automatically generated

Si desea recibir cartas por medio de fax o correo electrónico, envíeme su número de fax o dirección de correo electrónico.

**Si después de comunicarse conmigo no podemos resolver el asunto:**

Llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) al 1-800-252-7031, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Usted tiene derecho a solicitar una conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés). Si solicita una conferencia, usted se reunirá con: (1) una persona de [Name of insurance carrier], y (2) un oficial para la revisión de los beneficios de DWC. Para solicitar una conferencia, llene el formulario “Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios” (DWC045S) - <http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc045brcs.pdf>.

Si no cuenta con un abogado, la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) puede ayudarle a prepararse para la conferencia. Para obtener más información, visite [www.OIEC.texas.gov](http://www.OIEC.texas.gov) o llame al 1-866-393-6432, extensión 44186, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

**Presentar una reclamación de compensación para trabajadores falsa es un crimen que puede resultar en multas o encarcelamiento.**

Hemos enviado una copia de esta carta a:

**Background pattern

Description automatically generated**

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación de Pago en Suma Total de los Beneficios de Ingresos o Por Causa de Muerte** (PLN-10B) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Usted debe de usar esta notificación para informar al empleado lesionado o al representante y a los beneficiarios/representantes (si es que aplica) cuando la aseguradora va a hacer un pago en suma total por los beneficios de ingresos temporales, de impedimento, suplementarios, de por vida, o beneficios por causa de muerte.

Las siguientes son situaciones en las que se hace un pago en suma total y en las que usted debe de usar esta notificación (no es una lista completa):

* acuerdo de una disputa de beneficios;
* orden de DWC (orden del comisionado, orden interlocutoria, decisión y orden, decisión del Panel de Apelación);
* anticipo de los beneficios de ingresos temporales, de impedimento, suplementarios, o de los beneficios de por vida;
* pago conmutado (en suma total) de los beneficios de ingresos de impedimento;
* pago acelerado de beneficios; o
* pago de beneficios de indemnizaciones que no fueron pagados con intereses.

La aseguradora debe de proporcionar:

* esta notificación al empleado lesionado o representante y a los beneficiarios o representantes (si es que aplica); y
* una declaración plena y completa en la cual se explica la acción que se tomó.

Ejemplos:

* Le estamos pagando una suma total por los beneficios de ingresos temporales que todos acordaron en el acuerdo de los beneficios en disputa (benefit dispute agreement, por su nombre en inglés.
* Le estamos pagando una suma total de los beneficios de ingresos suplementarios como un anticipo, según lo ordenado por DWC.
* Estamos pagando sus beneficios de ingresos de impedimento en una suma total.
* Le estamos pagando una suma total por un pago insuficiente de beneficios que identificó DWC.

**Requisitos de formato**

* Debe usar un tamaño de letra de 12-puntos o más (28 TAC §124.2(o)).

**Recomendaciones de formato**

La información enviada a los empleados lesionados debe ser escrita en lenguaje sencillo. Además de escribir claramente, es de utilidad para el lector cuando la información está en un formato limpio y fácil de leer. El uso de palabras fáciles de entender y un formato limpio podrían aumentar lo largo de su carta, pero también podría reducir en gran medida las llamadas de servicio al cliente. A continuación le mostramos algunas recomendaciones para formatear las cartas para los empleados lesionados:

* **Imprima solamente información que se aplica al lector:** (1) Elimine la sección “Instrucciones para la aseguradora,” y (2) si esta carta tiene más de una opción, elimine la opción que no se aplica al empleado lesionado.
* **Elija un estilo de fuente que sea limpio:** Evite los estilos de letra altamente estilizados. Fuentes como Segoe y Verdana y Times New Roman son conocidos por ser los más fáciles de leer.
* **Evite las letras itálicas y subrayar:** Si desea enfatizar el texto, a menudo es mejor utilizar letras en negrita o en un tamaño de letra que sea más grande.
* **Use un espacio suficiente y consistente:** DWC sugiere usar 6 puntos entre párrafos y viñetas, y 12 puntos entre secciones.
* **Minimice las abreviaturas:** Las abreviaturas crean confusión. Pero si va a usar abreviaturas, escriba el nombre completo o la frase la primera vez que la use y coloque la abreviatura entre paréntesis después.
* **Membrete:** Utilice el membrete de la aseguradora.

**Presente la transacción apropiada de intercambio electrónico de datos (electronic data interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC.**

**No envíe esta notificación a DWC.**