AVISO SOBRE ASUNTO(s) EN DISPUTA Y DENEGACIÓN PARA PAGAR BENEFICIOS

FECHA:

A: **[NAME OF INJURED EMPLOYEE]**
[ADDRESS]
[CITY, STATE, ZIP]

ASUNTO: **[DATE OF INJURY]**
[NATURE OF INJURY]
[PART OF BODY INJURED]
[EMPLOYEE SSN]
[CLAIM #]
[CARRIER NAME/TPA NAME]
[CARRIER CLAIM #]
[EMPLOYER NAME]
[EMPLOYER ADDRESS]
[EMPLOYER CITY, STATE, ZIP]

Estamos disputando (marque todas las que apliquen):

- ☐ la existencia/duración/extensión de su incapacidad*
- ☐ la extensión de su lesión compensable
- ☐ su elegibilidad para recibir beneficios por causa de muerte

*Incapacidad significa que su lesión relacionada con el trabajo le impide obtener o mantener un empleo al nivel de salario anterior a la lesión.

(***Las aseguradoras deberán proporcionar una declaración completa donde explican la acción que fue tomada y la razón(es) por la que se tomó dicha acción.***)

_____

_____

Si no está de acuerdo con la disputa y denegación para pagar los beneficios, por favor comuníquese conmigo:

Nombre del Ajustador: _____
No. de Teléfono Gratuito: _____
No. de Fax: _____
Dirección de E-mail: _____

Si por alguna razón no podemos resolver el asunto a su satisfacción, usted tiene derecho a solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés) para resolver la disputa. Comuníquese con el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC) al 1-800-252-7031 para obtener información adicional o para solicitar un BRC.

Si desea recibir avisos, tales como este por medio de fax o e-mail, por favor comuníquese conmigo y proporcione su número de fax o dirección de e-mail.

Por favor tenga en cuenta que el presentar reclamaciones de compensación para trabajadores falsas o fraudulentas es un crimen que puede resultar en multas y/o encarcelamiento.

Copia:

INSTRUCCIONES

Aviso Sobre Asunto(s) en Disputa y Denegación para Pagar Beneficios (FORMULARIO DWC PLN-11)
Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2(h)

Este aviso debe ser usado por la aseguradora para notificar a un reclamante (empleado lesionado/beneficiario) y a DWC sobre la disputa de la aseguradora referente a un asunto o asuntos (incapacidad, extensión de la lesión, beneficios por causa de muerte) relacionados con la administración de una reclamación. Este aviso no constituye una solicitud para una Conferencia para Revisión de Beneficios.

Si la determinación inicial es que la reclamación entera no es compensable, vea el Formulario DWC PLN-01.

La aseguradora debe:

- marcar la casilla(s) apropiada para indicar el asunto(s) en disputa; y
- proporcionar una declaración completa que describa los fundamentos de hecho y la razón(es) por la que la acción fue tomada.

NOTA: Una declaración genérica tal como "empleado regresó a trabajar", "ajustado para trabajo liviano", "responsabilidad en cuestión", "indemnización en disputa", "bajo investigación" o frases similares sin una descripción más detallada respecto a los fundamentos de hecho por la que la acción fue tomada, no satisface los requisitos del 28 TAC §124.2 (h). Tome las precauciones necesarias para explicar la razón(es) por la que se disputa el asunto(s), en un lenguaje sencillo y sin el uso innecesario de términos técnicos, acrónimos y/o abreviaturas.

Las disputas deben ser basadas en la información que la aseguradora ha obtenido o verificado.

PROPORCIONE UNA COPIA DE ESTE AVISO A DWC, AL RECLAMANTE, Y AL REPRESENTANTE DEL RECLAMANTE (si es que aplica).