



TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

Division of Workers' Compensation (MS-94)

7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1645
(800) 252-7031 | F: (512) 804-4011 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

Envíe a la oficina local de la División que está manejando la reclamación.

ACUERDO POR DISPUTA DE BENEFICIOS (Formulario DWC-025)

Form fields: 1. Fecha del Procedimiento, 2. Fecha de la Lesión, 3. Número de Expediente y Lugar, 4. Nombre del Empleado/Beneficiario, 5. El Empleado/Beneficiario fue Ayudado por un Ombudsman, 6. Nombre del Empleador, 7. El Empleador fue Ayudado por un Ombudsman, 8. Nombre de la Aseguradora, 9. La Aseguradora es Representada por

Todos los acuerdos están sujetos a las provisiones pertinentes de la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Secciones 408.005, 408.021, 408.185, y 410.029.

10. LOS PARTICIPANTES ACUERDAN

Además, los participantes están de acuerdo que la lesión que ha sido reclamada en la parte de arriba es compensable, la aseguradora es responsable de esta reclamación, y el empleado tiene derecho a recibir beneficios. Este acuerdo incluye a todos los acuerdos anteriores orales y por escrito hechos entre los participantes relacionados con esta reclamación. El derecho del empleado para recibir beneficios médicos a como se proporciona por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.021 no será limitada o revocada. ESTE ACUERDO ES LA RESOLUCIÓN FINAL DE TODOS LOS ASUNTOS EN ESTA RECLAMACIÓN Y TODOS LOS PARTICIPANTES RENUNCIAN A SU DERECHO PARA PROCEDIMIENTOS FUTUROS CON LA DIVISIÓN, DIFERENTES A AQUELLOS QUE SON NECESARIOS PARA RESOLVER UNA DISPUTA POR BENEFICIOS MÉDICOS O PARA IMPONER EL CUMPLIMIENTO DE LOS TÉRMINOS DE ESTE ACUERDO.

Yo he leído o se me ha leído por alguien que yo he escogido, entiendo y voluntariamente estoy de acuerdo con los términos de este acuerdo a como se indica arriba. Fecha de cumplimiento. El acuerdo se deberá cumplir dentro de cinco días a partir de la fecha en que la aseguradora recibió el acuerdo aprobado, pero, si el acuerdo incluye una fecha de cumplimiento, esta fecha será la que se aplicará.

Firma del Empleado/Beneficiario, Fecha, Firma del Empleado/Representante del Beneficiario, Fecha, Firma del Representante del Empleador, Fecha, Firma del Representante de la Aseguradora, Fecha, Firma Autorizada del Empleado de DWC, Fecha

Official de la Conferencia para Revisión de Beneficios, Juez de derecho administrativo

APROBADO (Firma del Director de Audiencias): Fecha

RECHAZADO (Firma del Director de Audiencias): Fecha

LAS RAZONES POR LAS QUE FUE RECHAZADO SERÁN INFORMADAS A TODOS LOS PARTICIPANTES CON ESTE AVISO



## Acuerdo por Disputa de Beneficios - Formulario DWC-025

Todos los participantes en una reclamación pueden firmar el Acuerdo por Disputa de Beneficios, Formulario DWC-25, detallando los términos del acuerdo. Un acuerdo no puede ser hecho antes que el mejoramiento máximo médico se haya alcanzado, y se debe adoptar un porcentaje de impedimento de cuerpo entero de acuerdo con las guías establecidas por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Sección 408.124. El derecho del empleado para recibir beneficios médicos, proporcionado en la Sección 408.021 no se limitará o anulará. Un acuerdo no puede proporcionar un pago en suma total por cualquier beneficio de ingresos que no haya sido acumulado excepto a como es proporcionado en la Sección 408.128. Un acuerdo debe ser presentado por escrito en el Formulario DWC-025 y debe ser firmado por todos los participantes y presentado ante la oficina local de la División que está manejando la reclamación para que sea aprobado.

Un acuerdo debe establecer que la aseguradora es responsable por la reclamación, que la reclamación es compensable y que el empleado tiene derecho a recibir beneficios; debe incluir por referencia todos los acuerdos previamente escritos entre los participantes; y debe indicar que esta es una resolución final a todos los asuntos en la reclamación con los participantes, renunciando a su derecho para procedimientos futuros con la División, diferentes a aquellos que son necesarios para resolver una disputa por beneficios médicos o para imponer el cumplimiento de este acuerdo. Entra en vigencia y es obligatorio a la hora de cierre de operaciones en la fecha aprobada por el Comisionado Adjunto de Audiencias o el Director de Audiencias o el decimosexto día después de la fecha en que fue presentado, lo que ocurra primero.

*[Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas 408.005, Acuerdos; Sección 408.128, Conmutación de Beneficios de Ingresos de Impedimento; Sección 408.185, Efecto de la Disputa del Beneficiario; Honorarios de Abogados; Sección 410.029, Resolución en la Conferencia para Revisión de Beneficios, Reglamentos 147.1, 147.2, 147.3, 147.5, 147.6, 147.7, 147.8, 147.9, 147.10]*

**NOTA:** Con algunas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted; así como recibir y revisar dicha información (Código Gubernamental §§552.021 y 552.023); y solicitar que TDI-DWC corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental, §559.004). Para obtener más información, comuníquese con [agencycounsel@tdi.texas.gov](mailto:agencycounsel@tdi.texas.gov) o consulte la sección de Procedimientos de Corrección (Corrections Procedure Section, por su nombre en inglés) en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).