[We recommend that you insert your letterhead here.]

**Notificación de Posible Derecho para Recibir Beneficios de Compensación para Trabajadores por Causa de Muerte**

Fecha: [Date]

A: [Name of potential beneficiary]

 [Address]

[City, state, ZIP code]

Asunto: Nombre del empleado: [Name of deceased employee]

Fecha de fallecimiento: [Date of death]

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 code]

**Debido a su relación con [Name of deceased employee], es posible que usted tenga derecho a recibir pagos de beneficios.**

Estos beneficios ayudan a las familias a reemplazar parte del dinero perdido cuando un empleado fallece debido a una lesión relacionada con el trabajo.

**Para averiguar si usted puede obtener estos beneficios:**

1. Llene el Formulario DWC-042S *Reclamación para obtener beneficios de compensación para trabajadores por causa de muerte* que vino con esta carta.
2. Envíe el formulario **a no más tardar de un año, a partir de la fecha en la que falleció el empleado** al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers’ Compensation –DWC, por su nombre y siglas en inglés). Las instrucciones sobre cómo enviar el formulario a DWC están incluidas en el formulario. Si usted me lo envía a mí (la aseguradora), por favor envíelo a:

 [Provide a full and complete statement explaining how the person receiving this notice was identified as a potential beneficiary.]

****

**Comuníquese conmigo si tiene cualquier pregunta:**

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

No. de teléfono gratuito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. de fax/correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Para obtener más ayuda:**

Llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores al 1-800-252-7031, 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 en encarcelamiento.**

Hemos enviado una copia de esta carta a:

Texas Department of Insurance

Division of Workers’ Compensation

PO Box 12050

Austin, TX 78711

****

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación de Posible Derecho para Recibir Beneficios de Compensación para Trabajadores por Causa de Muerte** (PLN-12) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) Secciones 124.8 y 132.17

La aseguradora debe de usar esta notificación para notificar a la persona identificada como posible beneficiario sobre su posible derecho para recibir beneficios por causa de muerte y para informarle sobre cómo puede presentar una reclamación para esos beneficios.

La aseguradora debe:

* Proporcionar esta notificación al posible beneficiario y al representante del posible beneficiario (si es que aplica).
* Enviar la PLN-12 en el transcurso de 7 días, a partir de la fecha en la que la aseguradora identificó o se dio cuenta de la identidad y la forma en la que puede contactar al posible beneficiario.
* Adjuntar una versión vigente del Formulario DWC-042S, *Reclamación para obtener beneficios de compensación para trabajadores por causa de muerte*.
* Enviar a DWC una copia de la PLN-12 que fue enviada al posible beneficiario. No envíe a DWC una copia en blanco del formulario DWC-042S.
* Proporcionar una declaración plena y completa de los hechos que justifican y que sirven como base para la identificación de esa persona como posible beneficiario.

**Ejemplos:**

Nuestra investigación revela que el empleado fallecido parece haber sido el abuelo del posible beneficiario. Se determinó que la madre del beneficiario, [Name], era hija del fallecido.

Hemos identificado al empleado fallecido como el padrastro del posible beneficiario. Hemos verificado que el fallecido estaba legalmente casado con la madre del posible beneficiario, [Name], al momento de su muerte.

 **Requisitos de formato:**

Usted debe de usar un tamaño de letra de 12-puntos o más (28 TAC Sección 124.2(o)).

**Recomendaciones de formato:**

La información que usted envíe a los empleados lesionados debe de estar 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 de “Instrucciones para la aseguradora”, y (2) si esta carta tiene más de una opción, elimine la opción que no aplica al empleado lesionado.
* **Elija un estilo de letra que sea limpio.** Evite los estilos de letra altamente estilizados. Fuentes como Segoe, 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.