

AVISO SOBRE LA ELEGIBILIDAD PARA OBTENER BENEFICIOS DE INGRESOS DE POR VIDA

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]

A) Estamos denegando su solicitud para obtener beneficios de ingresos de por vida (Lifetime Income Benefits – LIB, por su nombre y siglas en inglés) por la siguiente razón:

(**Insurance carrier provide a full and complete statement explaining the action taken and the reason(s) for such action.**)

B) Su primer pago de los beneficios de compensación para trabajadores para el periodo de (**first day of period being paid**) ha sido emitido. El pago del beneficio es llamado “Beneficios de Ingresos de por Vida” (LIBs) y es pagado semanalmente. La cantidad de su pago de LIBs es basado en el 75% del Cálculo del Promedio del Salario Semanal de (**\$\$\$**). Cada año en (**accrual anniversary date **) la cantidad semanal de LIBs aumentará un 3%.

Usted puede solicitar que hagamos los pagos de los beneficios mediante una transferencia electrónica de fondos directamente a su cuenta de banco. También puede solicitar que cambiemos sus de LIBs de pagos semanales a pagos mensuales.

(**Insurance carrier provide explanatory comments, if needed.**)

Si no está de acuerdo con la denegación y rechazo para pagar los beneficios en la Casilla A o si no está de acuerdo con la cantidad de los beneficios de ingresos semanales que se le han pagado en la Casilla B, por favor comuníquese conmigo:

Nombre del ajustador: _____
Número de teléfono gratuito: _____
Número de fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____

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 la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers’ Compensation, por su nombre en inglés) 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 correo electrónico, por favor comuníquese conmigo y proporcione su número de fax o dirección de correo electrónico.

Por favor tenga en cuenta que presentar una reclamación de compensación para trabajadores falsa o fraudulenta es un crimen que puede resultar en multas y/o encarcelamiento.

Copia:



INSTRUCCIONES

Anuncio sobre la denegación de la aseguradora de la solicitud del empleado lesionado para recibir LIBs y negativa a pagar los beneficios

Código Administrativo de Texas No. 28 (Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §131.1

Si la **Casilla A** fue marcada, se aplican las siguientes instrucciones:

Este aviso debe ser utilizado por la aseguradora para notificar al empleado lesionado/representante **y** a DWC sobre la denegación de la aseguradora para la elegibilidad con respecto a LIBs. Este aviso no constituye una solicitud para una Conferencia de Revisión de Beneficios.

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

La aseguradora debe proporcionar una declaración completa que describa las razones de la aseguradora para la denegación. La declaración debe contener suficiente información sustantiva específica a la reclamación para permitir que el empleado lesionado entienda la postura o acción que ha sido tomada por parte de la aseguradora con respecto a la reclamación.

NOTA: Una declaración genérica tal como "no es parte de la lesión compensable", "no cumple con los criterios", "responsabilidad en cuestión", "bajo investigación", "elegibilidad en duda," o frases similares sin una descripción más detallada del fundamento de hecho para la denegación no cumple con los requisitos de 28 (TAC) §131.1.

Tome la precaución de explicar las razones por las cuales se disputa el asunto en un lenguaje sencillo y sin el uso innecesario de términos técnicos, acrónimos y/o abreviaturas.

Las denegaciones deben basarse en la información que la aseguradora ha obtenido o verificado.

ENVÍE una copia de este aviso a DWC, al empleado lesionado, y al representante del empleado lesionado, si es que lo hay.

Aviso sobre el primer pago de LIBs

Código Administrativo de Texas No. 28 (TAC) §124.2(e)(1) y (f)

Si la **Casilla B** fue marcada, se aplican las siguientes instrucciones:

Este aviso debe ser usado para informar al empleado lesionado/representante sobre el pago de LIBs cuando el pago es el pago inicial de los beneficios de indemnización en una reclamación. Solamente un aviso de pago inicial puede ser enviado en una reclamación, pero el tipo de pago inicial de los beneficios puede ser TIBs (PLN-02), IIBs (PLN-03), LIBs (PLN-04) o DB (PLN-05).

Proporcione la siguiente información que se solicita en el formulario:

- la fecha en que los Beneficios de Ingresos de por Vida comenzaron a acumularse;
- el Promedio del Salario Semanal en el cual se basan los beneficios de ingresos;
- fecha de acumulación anual; y
- cualquier comentario aclaratorio que se necesite.

NO ENVÍE este aviso a DWC.