

Muestra de Solicitud para Reprocesar una Reclamación de SARS-CoV-2 o COVID-19 para un Empleado Lesionado Cubierto bajo la Sección 607.0545 del Código Gubernamental de Texas

Envíe esta solicitud a la aseguradora que está manejando la reclamación.

Yo soy el:		empleado lesionado
		beneficiario del empleado lesionado
		representante o abogado del empleado lesionado

Parte 1: Información sobre el empleado lesionado

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos) XXX-XX-
3. Número de reclamación de DWC (opcional)	4. Fecha de la lesión (mm/dd/aaaa)
5. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	6. Ocupación
7. Número de teléfono ()	8. Correo electrónico (opcional)
9. Nombre del representante o abogado (si es que aplica)	10. Dirección del representante o abogado (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Parte 2: Información sobre el empleador (al momento de la lesión)

11. Nombre del empleador	12. Dirección (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)
---------------------------------	---

Parte 3: Información sobre la aseguradora

13. Nombre de la aseguradora	14. Número de reclamación de la aseguradora
-------------------------------------	--

Parte 4: Información sobre el solicitante

Yo certifico que estoy autorizado para enviar esta solicitud para reprocesar una reclamación de COVID-19 según la Sección 607.0545 del Código Gubernamental de Texas y que toda la información en esta solicitud escrita es verdadera y correcta.

15. Firma _____

16. Nombre en letra de molde

17. Fecha de la firma

18. Número de teléfono

19. Correo electrónico

()

Preguntas Frecuentes

Muestra de Solicitud para Reprocesar una Reclamación de SARS-CoV-2 o COVID-19 para un Empleado Lesionado Cubierto bajo la Sección 607.0545 del Código Gubernamental de Texas

¿Quién puede solicitar el reprocesamiento de su reclamación de SARS-CoV-2 o COVID-19?

Los empleados especificados en la Sección 607.0545 del Código Gubernamental de Texas, incluyendo a los oficiales de detención, oficiales de custodia, bomberos, policías, técnicos médicos de emergencia y sus beneficiarios pueden solicitar que su reclamación por el síndrome agudo respiratorio severo de coronavirus 2 (SARS-CoV-2) o por la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) sea reprocesada. Un cambio reciente en la ley bajo el Proyecto de Ley 22 del Senado (Senate Bill -SB, por su nombre y siglas en inglés) (Legislatura 87ª Sesión Regular, 2021) permite que los empleados lesionados o sus beneficiarios le pidan por escrito a la aseguradora que revise su reclamación previamente denegada para averiguar si pagará por ingresos o beneficios médicos. La reclamación debe haberse presentado originalmente en o después del 13 de marzo de 2020, pero antes del 14 de junio de 2021. Usted debe presentar su solicitud para reprocesar la reclamación ante la aseguradora a no más tardar del 14 de junio de 2022.

¿Tengo que utilizar este formulario?

No. Usted puede pedirle a la aseguradora que reprocese la reclamación en cualquier forma escrita. No es necesario que usted utilice este formulario para pedirle a la aseguradora que examine de nuevo la reclamación.

¿A quién debo enviar la solicitud?

Envíe su solicitud a la aseguradora que está manejando su reclamación. **No envíe** la solicitud al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC).

¿Qué sucede después de que envíe la solicitud?

La aseguradora cuenta con 60 días, a partir de la fecha en la que reciben la solicitud por escrito, para reprocesar la reclamación. La aseguradora también debe enviar al empleado lesionado o beneficiario y a DWC un aviso por escrito indicando si aceptará o rechazará la reclamación. El aviso también tendrá instrucciones sobre cómo se puede disputar una reclamación que ha sido denegada.

¿Hay algo más que yo deba hacer?

Si usted es el beneficiario de un empleado lesionado que murió como resultado de SARS-CoV-2 o COVID-19, el plazo de un año no se aplica para informar a la aseguradora que usted es un beneficiario. Usted debe completar el Formulario DWC-042S, *Reclamación para Obtener Beneficios de Compensación para Trabajadores por Causa de Muerte*, además de solicitar que la reclamación sea reprocesada si usted aún no ha sido identificado como un beneficiario legal. El formulario lo puede encontrar en:

<https://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc042benclm.pdf>

¿Con quién puedo comunicarme para obtener más información?

Comuníquese con su ajustador o llame a DWC al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.