



Complete esta información si es que la sabe:

Número de DWC

Número de la aseguradora

## Reclamación para obtener beneficios de compensación para trabajadores por causa de muerte

### Parte 1: Información sobre el empleado que falleció

<b>1. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>2. Número de Seguro Social</b> (si es que lo sabe)	
<b>3. Dirección al momento del fallecimiento</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
<b>4. Raza / Origen Étnico</b> <input type="checkbox"/> Blanco, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Negro, no de origen Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático o Habitante de las Islas del Pacífico			
<b>5. Nombre del empleador</b>		<b>6. Dirección del empleador</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<b>7. Número de teléfono del empleador</b>		<b>8. Nombre del supervisor</b> (nombre, apellido) (si es que lo sabe)	
<b>9. Muerte causada por</b> <input type="checkbox"/> lesión <input type="checkbox"/> enfermedad		<b>10. Fecha de la lesión</b> (mm/dd/aaaa)	<b>11. Fecha de muerte</b> (mm/dd/aaaa)
<b>12. Por favor explique la lesión y cómo fue que ocurrió.</b> (si es que lo sabe)			

### Parte 2: Información sobre la persona que está llenando este formulario

<b>13. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	
<b>14. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<b>15. Número de teléfono</b>	<b>16. Relación con la persona que falleció</b>

Nombre del empleado:

Número de Reclamación de DWC:

Para uso exclusivo de DWC

**17. Marque todas las casillas que apliquen:**

1.  Yo soy el cónyuge, hijo u otro dependiente de la persona que falleció.
2.  Yo soy un padre no dependiente de la persona que falleció.
3.  Yo estoy llenando el formulario en nombre de otra persona.

Si usted marcó la Casilla 1 o 2, ingrese su:

**Número de Seguro Social**

**Fecha de nacimiento** (mm/dd/aaaa)

### Parte 3: ¿Está usted solicitando los beneficios por causa de muerte en nombre de hijos u otras personas?

**Sí**  **No** Si la respuesta es "Sí", complete la información para cada miembro de la familia que está solicitando los beneficios por causa de muerte. Si usted es un padre no dependiente, debe de especificar a cualquier otro padre sobreviviente en esta sección o en la Parte 4. (Adjunte páginas adicionales, de ser necesario.)

<b>18. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>19. Número de Seguro Social</b>
<b>20. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<b>21. Número de teléfono</b>	<b>22. Estudiante de tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>23. Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)	<b>24. Relación con la persona que falleció</b>
<b>25. ¿Tiene menos de 17 años esta persona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién es el padre/madre o tutor legal de este hijo?	
<b>26. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>27. Número de teléfono</b>
<b>28. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	

<b>29. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>30. Número de Seguro Social</b>
<b>31. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	
<b>32. Número de teléfono</b>	<b>33. Estudiante de tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>34. Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)	<b>35. Relación con la persona que falleció</b>
<b>36. ¿Tiene menos de 17 años esta persona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién es el padre/madre o tutor legal de este hijo?	
<b>37. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>38. Número de teléfono</b>
<b>39. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:

Para uso exclusivo de DWC

<b>40. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>41. Número de Seguro Social</b>	
<b>42. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
<b>43. Número de teléfono</b>		<b>44. Estudiante de tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>45. Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)		<b>46. Relación con la persona que falleció</b>	
<b>47. ¿Tiene menos de 17 años esta persona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién es el padre/madre o tutor legal de este hijo?			
<b>48. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>49. Número de teléfono</b>	
<b>50. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado código postal)			

<b>51. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>52. Número de Seguro Social</b>	
<b>53. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			
<b>54. Número de teléfono</b>		<b>55. Estudiante de tiempo completo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>56. Fecha de nacimiento</b> (mm/dd/aaaa)		<b>57. Relación con la persona que falleció</b>	
<b>58. ¿Tiene menos de 17 años esta persona?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, ¿quién es el padre/madre o tutor legal de este hijo?			
<b>59. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>60. Número de teléfono</b>	
<b>61. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)			

**Parte 4: ¿Tiene usted conocimiento de alguna otra persona que pueda obtener beneficios por causa de muerte?**  Sí  No **Si la respuesta es sí, complete esta sección.** (Adjunte páginas adicionales, de ser necesario).

<b>62. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>63. Relación con la persona que falleció</b>	
<b>64. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal) (si es que la sabe)		<b>65. Número de teléfono</b> (si es que lo sabe)	

<b>66. Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)		<b>67. Relación con la persona que falleció</b>	
<b>68. Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal) (si es que la sabe)		<b>69. Número de teléfono</b> (si es que lo sabe)	

Nombre del empleado:		Para uso exclusivo de DWC
Número de reclamación de DWC:		

<b>70.Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>71.Relación con la persona que falleció</b>
<b>72.Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal) (si es que la sabe)	<b>73.Número de teléfono</b> (si es que lo sabe)
<b>74.Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>75.Relación con la persona que falleció</b>
<b>76.Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal) (si es que la sabe)	<b>77.Número de teléfono</b> (si es que lo sabe)
<b>78.Nombre</b> (nombre, segundo nombre, apellido)	<b>79.Relación con la persona que falleció</b>
<b>80.Dirección</b> (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)	<b>81.Número de teléfono</b> (si es que lo sabe)

Usted debe de enviar una copia del certificado de defunción del empleado y documentos para demostrar cómo es que cada persona que solicita los beneficios está relacionada con la persona que falleció. Ejemplos incluyen una copia certificada del acta de matrimonio, acta de nacimiento, acta de adopción, acta de divorcio y órdenes judiciales relacionadas.

---

**Firma**


---

**Fecha**

Nombre del empleado:

Número de reclamación de DWC:

Para uso exclusivo de DWC

## Preguntas Frecuentes

### Reclamación para obtener beneficios de compensación para trabajadores por causa de muerte

#### ¿Quién puede obtener los beneficios por causa de muerte?

Cuando una persona fallece debido a una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, ciertos familiares pueden recibir pagos de los beneficios por causa de muerte. Los familiares que pueden recibir los beneficios por causa de muerte son llamados beneficiarios. Los beneficiarios incluyen:

- La esposa o esposo de la persona que falleció.
- Los hijos e hijastros de la persona que falleció. Los hijos de 17 años o menos y los hijos que tienen 24 años o menos que asisten a la escuela pueden recibir beneficios por causa de muerte.
- Los hijos adultos con discapacidades, los padres u otros familiares que dependían de la persona que falleció para pagar algunas o todas sus facturas.
- Los padres y padrastros no dependientes en algunos casos, si la persona que falleció no tenía cónyuge ni hijos.

Usted debe presentar este formulario ante el 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) a no más tardar de un año, a partir de la fecha en la que falleció el empleado. Después de un año, usted solamente puede recibir beneficios por causa de muerte si:

- Usted está solicitando los beneficios para una persona de 17 años o menos.
- Usted está solicitando los beneficios para una persona que no es competente o capaz de solicitar los beneficios.
- Usted puede demostrar que tuvo una buena razón para no solicitar antes los beneficios.

#### ¿A dónde envió este formulario y qué documentos se necesitan?

Usted puede enviar este formulario a DWC o a la aseguradora. Usted debe de incluir una copia del acta de defunción y documentos para demostrar cómo es que cada persona que solicita los beneficios está relacionada con la persona que falleció. Ejemplos incluyen una copia certificada del acta de matrimonio, acta de nacimiento, acta de adopción, acta de divorcio y órdenes judiciales relacionadas. Si lo va a enviar a DWC, use la siguiente información:

**Por fax al:** 512-804-4378

**Por correo postal a:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation  
Claims and Customer Services, Mail Code CCS  
PO Box 12050  
Austin, Texas 78711-2050

#### ¿Existen otros beneficios que estén disponibles?

Una persona puede solicitar hasta \$10,000 en beneficios para gastos del entierro (también conocidos como gastos de defunción). Para solicitar los beneficios para gastos del entierro, presente una reclamación con la aseguradora dentro del transcurso de un año, a partir de la fecha en la que falleció el empleado.

#### ¿Tiene preguntas?

Si usted tiene preguntas sobre los beneficios por causa de muerte y quién puede obtenerlos, existen varias formas mediante las cuales usted puede obtener ayuda:

- Llame a DWC al 800-252-7031 de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.
- Llame a la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) al 866-393-6432.
- Hable con su abogado.
- Comuníquese con el ajustador de la aseguradora.
- Consulte las Secciones 408.181 - 408.187, 409.007 del Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) y el Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code -TAC, por su nombre y siglas en inglés) 122.100; 28 TAC 124.8 y el Capítulo 132 del 28 TAC Beneficios por Causa de Muerte

-- Beneficios de Defunción y por Causa de Muerte.

**Nota:** Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- Estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted.
- Recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023).
- Pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información, contacte a [DWCLegalServices@tdi.texas.gov](mailto:DWCLegalServices@tdi.texas.gov) o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).