[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación del Primer Pago de los Beneficios por Causa de Muerte**

Fecha: [Date]

A: [Name of beneficiary]

[Address]

[City, state, zip]

Asunto: Fecha de la lesión: [Date of injury]

Nombre del empleado: [Name of injured employee]

Naturaleza de la lesión: [Nature of injury]

Parte del cuerpo lesionada: [Part of body injured]

No. de reclamación de DWC: [DWC claim #]

Nombre de la aseguradora/nombre de TPA: [Carrier name/TPA name]

No. de reclamación de la aseguradora: [Carrier claim #]

Nombre del empleador: [Employer name]

Dirección, ciudad, estado, código postal del empleador: [Employer address, city, state, zip]

**Nosotros, [Name of carrier], hemos emitido un cheque de beneficios.**

Estos beneficios de compensación para trabajadores son llamados “beneficios por causa de muerte”. Estos pagos ayudan a las familias a reemplazar parte del dinero perdido cuando un empleado fallece a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

* Su pago será de [$$$] cada semana. Esto es el 75% de la cantidad promedio de dinero que el empleado obtenía del trabajo cada semana, la cual era de [$$$].
* Usted puede solicitar que se establezca un depósito directo a su cuenta bancaria. También puede solicitar que sus pagos sean hechos una vez al mes, en lugar de cada semana.

**[Insurance carrier comments]**

A picture containing music

Description automatically generated

**Comuníquese conmigo si usted: (1) tiene cualquier pregunta, (2) necesita proporcionar más información sobre esta reclamación, o (3) no está de acuerdo con cualquier acción que haya sido tomada en esta reclamación.**

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.

**Si después de comunicarse conmigo no podemos resolver el asunto:**

Llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers’ Compensation –TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) al 1-800-252-7031, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro.

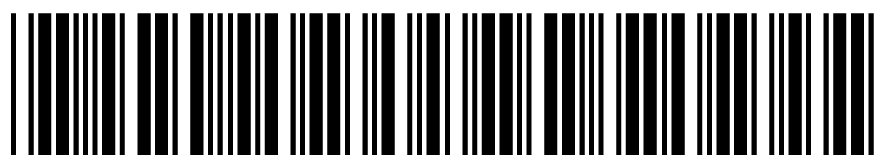
Usted tiene derecho a solicitar una conferencia para revisión de beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés). Si solicita una conferencia, usted se reunirá con: (1) una persona de [Name of insurance carrier], y (2) un oficial para la revisión de los beneficios del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores. Para solicitar una conferencia, llene el formulario “Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios” (DWC045) - <http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc045brcs.pdf>.

Si no cuenta con un abogado, la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) puede ayudarle a prepararse para la conferencia. Para obtener más información, visite [www.OIEC.texas.gov](http://www.OIEC.texas.gov) o llame al 1-866-393-6432, extensión 44186, 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 encarcelamiento.**

Una copia de esta carta fue enviada a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación del Primer Pago de los Beneficios por Causa de Muerte** (PLN-5) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Esta notificación debe ser utilizada para informar al beneficiario(s) sobre el primer pago de los beneficios por causa de muerte en la reclamación. Cada beneficiario que reciba un pago de beneficios por causa de muerte debe recibir una copia de esta notificación.

La aseguradora debe

* Proporcionar esta notificación al beneficiario(s) del empleado lesionado y a su representante(s) (si es que aplica).
* Incluir el Promedio del Salario Semanal (Average Weekly Wage, por su nombre en inglés) en el que se basan los beneficios por causa de muerte.
* Proporcionar una declaración plena y completa donde se explica la acción que ha sido tomada. La declaración debe incluir la distribución del pago de los beneficios por causa de muerte, y los requisitos para seguir teniendo derecho a recibirlos.

Ejemplos**:**

* Los beneficios por causa de muerte están siendo pagados debido al fallecimiento de Empleado Joe. Los beneficios se pagan de la siguiente manera: Cónyuge 100% ($400 por semana).
* Los beneficios por causa de muerte están siendo pagados debido al fallecimiento de Empleado Joe. Los beneficios se pagan de la siguiente manera: Cónyuge 50% ($200 por semana), Hijo 25% ($100 por semana), Hija 25% ($100 por semana).
* Los beneficios por causa de muerte están siendo pagados debido al fallecimiento de Empleado Joe. Los beneficios se pagan de la siguiente manera: Hijo 50% ($200 por semana), Hija 50% ($200 por semana).

**Requisitos de formato**

* Debe usar un tamaño de letra de 12-puntos o más (28 TAC §124.2(s)).

**Recomendaciones de formato**

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

**Presente la transacción apropiada de Intercambio Electrónicos de Datos (Electronic Data Interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC y no envíe esta notificación a DWC.**