

A la Aseguradora:

Lea atentamente estas instrucciones antes de comenzar. Este formulario contiene interrogatorios (preguntas) que usted debe de enviar al reclamante para que las responda. Tal y como se describe en el Reglamento 142.13, usted debe de enviar estas preguntas después del intercambio de información después de una conferencia para revisión de beneficios (benefit review conference, por su nombre en inglés) y a no más tardar 25 días antes de una audiencia para disputar beneficios (contested case hearing, por su nombre en inglés). Estos interrogatorios también pueden enviarse a los sub-reclamantes.

En la página 4, escriba en letra de molde o a máquina la "fecha de la lesión reclamada" en el espacio proporcionado.

Las preguntas 1 a 5 están preparadas. Hay una línea junto a cada número. Marque con una "X" junto a cada pregunta que desee que el reclamante responda. No marque las preguntas que el reclamante ya haya respondido o que usted no necesite que responda.

Las preguntas 6 a 10 están en blanco para que usted agregue hasta cinco preguntas propias para obtener información del reclamante sobre los asuntos que actualmente están en disputa. Escriba en letra de molde o a máquina cada pregunta en el espacio proporcionado.

Certificación

Esta sección es para que la utilice el reclamante después de responder a las preguntas. Por favor, deje esta sección adjunta cuando envíe las preguntas al reclamante. La certificación puede firmarse electrónicamente.

Certificado de Servicio

Complete toda la información de esta sección y fírmela antes de enviarla al reclamante. El certificado de servicio puede firmarse electrónicamente. Tal y como se describe en los Reglamentos 140.9 y 142.4, se deben enviar copias de estas preguntas a todas las demás partes.

Al Reclamante:

Responda estas preguntas según su leal saber y entender. Es posible que, con el paso del tiempo, usted necesite proporcionar más información para responder completamente a estas preguntas. Usted debe corregir o remitir a la aseguradora cualquier cambio que se produzca en una respuesta que ya haya proporcionado (por ejemplo, un testigo recién descubierto, nueva información médica, etc.) dentro de un plazo razonable antes de la audiencia para disputar beneficios. Si esto no es posible, usted debe presentar la nueva información en la audiencia.

Usted puede firmar electrónicamente su certificación.

Un participante que no revele información o documentos conocidos que se encuentren en su poder, custodia o control en el momento en que se requiera su divulgación no podrá presentar la evidencia en ningún procedimiento futuro ante la división o en los tribunales, a menos que demuestre una buena causa para no revelar la información o los documentos (Sección 410.161 del Código Laboral de Texas).

Las preguntas 1 a 5 son interrogatorios estándar que la división ha aprobado. Deben responderse completamente sin ninguna objeción si se les pregunta.

Definiciones:

Se aplican las siguientes definiciones:

Aseguradora - una compañía de seguros, un auto asegurador certificado para el seguro de compensación para trabajadores, un grupo de auto seguro certificado según el Capítulo 407A del Código Laboral de Texas, o una entidad gubernamental que se auto asegura de manera individual o colectiva.

Declaración - documentos escritos a mano, a máquina o impresos, firmados o aprobados por la persona que los realiza, así como mensajes orales grabados electrónicamente.

División - Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores.

Establecimiento de servicios de salud - un hospital, una clínica de urgencias, una clínica ambulatoria u otro establecimiento que proporcione servicios de salud.

Interrogatorios - conjuntos formales de preguntas que se utilizan durante la fase de

presentación de pruebas antes de una audiencia para obtener respuestas por escrito de la parte contraria.

Lesión reclamada - la lesión, enfermedad o padecimiento ocupacional por la que el reclamante solicita actualmente beneficios de compensación para trabajadores a la aseguradora. Una lesión reclamada incluye cualquier lesión que usted considere que debe ser cubierta por la aseguradora como parte de su lesión relacionada con el trabajo. Una lesión reclamada no incluye ninguna lesión, enfermedad o padecimiento ocupacional que no forme parte de la lesión compensable bajo un DWC-24 aprobado, *Acuerdo para Disputa de Beneficios* o una decisión anterior.

Ley - Ley de Compensación para Trabajadores de Texas, Código Laboral de Texas, Título 5, Subtítulo A.

Persona - un individuo, corporación, organización, fideicomiso comercial, patrimonio, fideicomiso, sociedad, asociación u otra entidad legal.

Profesional de la salud - una persona con licencia para prestar o proporcionar y presta o proporciona servicios de salud, o una persona sin licencia que proporciona o presta servicios de salud bajo la dirección o supervisión de un médico.

Proveedor de servicios médicos - un establecimiento de servicios de salud o un profesional de la salud.

Reclamante - la persona que reclama los beneficios de compensación para trabajadores a la aseguradora.

Reglamento - un reglamento de la división codificado según el Código Administrativo de Texas, Título 28, Parte 2.

Testigo experto - persona que, debido a su educación, capacitación o experiencia, tiene conocimientos especializados sobre un tema que generalmente no está dentro del entendimiento de una persona promedio.

La supuesta fecha de la lesión reclamada es:_____.

Interrogatorios de la Aseguradora al Reclamante

Instrucciones: Responda solo a las preguntas marcadas con una "X" frente al número de la pregunta. Utilice más páginas si es necesario.

- _____ 1. Por favor proporcione la siguiente información:
- a. su nombre completo;
 - b. dirección particular;
 - c. número de teléfono;
 - d. dirección de correo electrónico;
 - e. empleador actual;
 - f. título de puesto; y
 - g. cualquier otro nombre por el que se le conozca o se le haya conocido.
- _____ 2. Si el caso implica una disputa relacionada con una certificación de mejoramiento máximo médico (maximum medical improvement, por su nombre en inglés) o porcentaje de impedimento de cuerpo entero (impairment rating, por su nombre en inglés) (Formulario DWC-069, *Reporte de Evaluación Médica*), ¿existe una certificación que califique todas las lesiones reclamadas?
- De no ser así, enumere cualquier lesión reclamada que usted considere que debe tenerse en cuenta al evaluar el mejoramiento máximo médico o el porcentaje de impedimento de cuerpo entero.
- No es necesario que usted enumere las lesiones reclamadas que forman parte de una disputa activa sobre la extensión de la lesión en este caso o que hayan sido resueltas mediante un DWC-24 aprobado, Acuerdo para Disputa de Beneficios o una decisión anterior.*

____3. Para cada proveedor de servicios médicos que usted haya consultado por las lesiones reclamadas desde la fecha de la lesión:

- a. ¿Cuál es el nombre, la dirección, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono del proveedor de servicios médicos?
- b. ¿Cuáles son las condiciones que trató el proveedor de servicios médicos?

No es necesario que usted proporcione información sobre los proveedores de servicios médicos cuando usted ya haya intercambiado con la aseguradora los expedientes del proveedor de servicios médicos que contienen esta información de manera identificable y legible.

____4. Para cada proveedor de servicios médicos que haya consultado hasta cinco años antes de la fecha de la lesión y que haya tratado una parte del cuerpo que usted considera que forma parte de la reclamación:

- a. ¿Cuál es el nombre, la dirección, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono del proveedor de servicios médicos?
- b. ¿Cuáles son las fechas en las que el proveedor de servicios médicos lo trató a usted?
- c. ¿Cuáles son las condiciones que trató el proveedor de servicios médicos?

No es necesario que usted proporcione información sobre los proveedores de servicios médicos cuando ya haya intercambiado con la aseguradora los registros del proveedor de servicios médicos que contienen esta información de manera legible, como parte del intercambio de 15 días requerido por la Sección 410.060 del Código Laboral de Texas.

____5. Para cada testigo experto que usted espera que testifique en su nombre en la audiencia para disputar beneficios:

- a. ¿Cuál es el nombre, la dirección, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono del testigo experto?
- b. ¿Cuál es el tema sobre el que el testigo experto puede testificar o testificará?
- c. ¿Cuál es el contenido general de las opiniones del testigo experto? Proporcione un breve resumen de los fundamentos en los que se basan.

No es necesario que usted proporcione opiniones o resúmenes si usted ya ha intercambiado un reporte por escrito o expedientes médicos del testigo experto con la aseguradora que contengan esta información de manera identificable y legible.

Preguntas Adicionales

Al reclamante: Responda todas las preguntas marcadas por la aseguradora.

____6. Pregunta:

Respuesta:

____7. Pregunta:

Respuesta:

____8. Pregunta:

Respuesta:

____9. Pregunta:

Respuesta:

____10. Pregunta:

Respuesta:

Certificación

Yo por la presente certifico, bajo pena de perjurio, que mis respuestas a estos interrogatorios son verdaderas, correctas y completas.

Firma del reclamante

Fecha: _____

Certificado de Servicio

Yo por la presente certifico que una copia verdadera y correcta de los interrogatorios de la aseguradora al reclamante ha sido enviada este día ____ de _____ de 20__, a cada uno de los siguientes, tal y como se indica:

Respetuosamente presentado,

Firma del representante de la
aseguradora

Nombre en letra de molde del
representante de la aseguradora

Dirección postal

Ciudad, estado, código postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Número de la Barra de Abogados del
Estado (si es abogado)