

**La presentación oportuna de sus reclamaciones puede ahorrarle dinero. ¡Reporte de inmediato todas las lesiones!**

La información que se solicita a continuación permite a los representantes de atención a clientes de Pinnacol Assurance procesar la reclamación con rapidez y precisión. Use el formulario contestado como guía cuando presente su reclamación por teléfono o Internet para ahorrar tiempo. No espere para presentar la reclamación si no tiene todas las respuestas.

### INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección o localización (si es diferente de la dirección postal): \_\_\_\_\_

Preparado por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Por favor escriba con letra de molde

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de elaboración: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR LESIONADO

Número del Seguro Social del trabajador lesionado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de la lesión: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ I.M. \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Hombre  Mujer Estado civil: \_\_\_\_\_

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Fecha de contratación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipo de empleado:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Eventual  Voluntario  Contratista independiente

Días trabajados por semana: \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por día: \_\_\_\_\_

Tarifa salarial: \_\_\_\_\_  Por hora  Semanal  Mensual  Anual  Otra: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE O LESIÓN

Lesión mortal:  Sí  No Si se trata de una lesión mortal: Fecha de defunción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de la lesión: \_\_\_\_\_  AM  PM Hora a la que comenzó el trabajo: \_\_\_\_\_ Último día trabajado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pago completo el día de la lesión:  Sí  No

El accidente ocurrió en las instalaciones del empleador:  Sí  No Si corresponde: Código del lugar: \_\_\_\_\_ Código del Depto.: \_\_\_\_\_

Lugar del accidente: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Nombre del representante del empleador que recibió la notificación: \_\_\_\_\_ Fecha de notificación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigos: \_\_\_\_\_

Nombre(s) y teléfono(s)

Cómo ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Adjunte información adicional si el necesario

Actividad específica que estaba realizando el empleado: \_\_\_\_\_ ¿Qué equipo estaba usando?: \_\_\_\_\_

Partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_  Derecha  Izquierda  No aplicable

Tipo de lesión sufrida: \_\_\_\_\_

Equipo de seguridad proporcionado  Equipo de seguridad usado  Posible influencia de drogas o alcohol  El empleador cuestiona la responsabilidad

### INFORMACIÓN DE REGRESO AL TRABAJO

¿El trabajador lesionado ha regresado al trabajo?  Sí  No

Fecha de regreso al trabajo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha aproximada de regreso al trabajo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Es una reclamación por tiempo perdido?  Sí  No (La reclamación es por tiempo perdido si hay una pérdida de más de tres días laborales programados a causa de la lesión).

### INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO: ¿Dónde recibió tratamiento su empleado?

Sin tratamiento médico  Tratado por el empleador  Llamó al 911  Clínica médica

Sala de urgencias  Hospitalizado > 24 hrs. / Una noche  Posible cirugía

Nombre del proveedor médico Dirección (calle y número) Ciudad Estado Código Postal Teléfono

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE PRIMER REPORTE DE ACCIDENTE DE PINNACOL ASSURANCE

1. ¡Reporte todas las lesiones relacionadas con el trabajo dentro de las primeras 24 horas! Los informes rápidos y oportunos pueden reducir considerablemente el costo total de la reclamación. Nuestra **meta** es lograr que su empleado se reincorpore al trabajo lo más pronto posible y el hecho de reportar el accidente dentro de las primeras 24 horas agiliza ese proceso. Reporte la lesión a Pinnacol Assurance aun cuando no esté seguro de que dicha lesión esté verdaderamente relacionada con el trabajo. Proporcione información sobre las razones por las que duda de la validez de la reclamación.
2. Este formulario es una guía para reportar lesiones por teléfono o fax usando los números que se indican en el anverso de este formulario. Es más rápido presentar el reporte por Internet. Para hacer un reporte por Internet, vaya a [www.pinnacol.com](http://www.pinnacol.com), seleccione "Quicklinks", y después "Report an Injury" ("Reportar un accidente"). El empleador o su representante autorizado debe reportar la lesión a Pinnacol Assurance; favor de no pedir al trabajador lesionado que conteste este formulario..
3. En un plazo de 7 días después de la notificación de una lesión, se requiere que el empleador proporcione al trabajador lesionado una lista de cuatro proveedores médicos que hayan sido designados por el empleador para proporcionar tratamiento médico al empleado lesionado. El trabajador lesionado debe elegir a uno de los proveedores designados de esta lista. La designación de proveedores de la lista de SelectNet de Pinnacol le garantiza que su empleado recibirá tratamiento de un proveedor especializado en medicina del trabajo, conector del sistema de compensación a los trabajadores y de los asuntos relacionados con la reincorporación al trabajo. Si usted no tiene cuatro proveedores designados, llame a Pinnacol para recibir asistencia.
4. Cuando presente una reclamación por teléfono o por Internet, se le enviará por correo una copia del formulario contestado para sus archivos. Por favor revise la copia para asegurarse de que toda la información sea correcta. Si es necesario hacer cambios, comuníquese con el representante de Pinnacol asignado a la reclamación.
5. Si el trabajador lesionado debe pensión alimenticia a menores, ordenada por un tribunal, los beneficios de la compensación pueden estar relacionados y el pago de la obligación de pensión alimenticia a menores puede ser retenido y enviado al beneficiario de la obligación. (C.R.S. 8-42-124 & 26-16-122(4))

Responda la mayor cantidad posible de preguntas para que Pinnacol pueda empezar a procesar la reclamación No espere para hacer el reporte si no tiene todas las respuestas; sin embargo, es indispensable contestar todas las preguntas contenidas en este formulario para cumplir con los requerimientos establecidos en la Ley de Compensación a los Trabajadores de Colorado. **Es especialmente crítica la información sobre la fecha de la lesión, si el trabajador lesionado faltará a su trabajo más de tres días programados y cuándo se espera que el trabajador lesionado se reincorpore al trabajo.**

### Definiciones:

**Fecha de la lesión:** La fecha en que ocurrió el accidente, o en el caso de una enfermedad de trabajo, la fecha de la primera y la última exposición.

**Reclamación por tiempo perdido:** La pérdida de más de tres días hábiles de trabajo programados a causa de la lesión.

**Salarios y tiempo trabajado:** Proporcione ya sea la tarifa de pago semanal y las horas O la tarifa de pago por hora y las horas trabajadas. Los salarios también pueden incluir: pago de tiempo extra, propinas, comisiones, alojamiento y alimentos, vivienda, hospedaje y costo del seguro de gastos médicos. Si no está seguro de cómo debe responder, llame al número telefónico de atención a clientes que se indica en el anverso de este formulario.

**Lugar del accidente:** Proporcione la dirección si el accidente ocurrió en las instalaciones del empleador o si ocurrió fuera de las instalaciones del empleador en un lugar identificable. Si el accidente ocurrió en un lugar que no puede identificarse por un número o calle, como una carretera pública, proporcione referencias del lugar para identificar el sitio con la mayor precisión posible.

Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de cometer fraude o tratar de cometer fraude contra la aseguradora. Las sanciones pueden incluir cárcel, multas, denegación del seguro y daños civiles.

Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o trabajador lesionado con el propósito de cometer o tratar de cometer fraude contra dicho asegurado o trabajador lesionado con respecto a una liquidación o importe a pagar con fondos del seguro, será denunciado a la División de Seguros de Colorado, perteneciente al Departamento de Agencias Reguladoras.

### PREGUNTAS DEL FORMULARIO 301 DE OSHA:

"Si usted tuvo 10 empleados o menos durante todo el último año calendario o su empresa está clasificada dentro de una industria de bajo riesgo especificada por OSHA, no tiene que conservar los expedientes de lesiones y enfermedades a menos que la Oficina de Estadísticas de Trabajo u OSHA le informen por escrito que debe hacerlo."

Para que este Primer Reporte de Accidente de Pinnacol Assurance se considere equivalente al Formulario 301 de OSHA (Reporte de Incidente de Lesiones o Enfermedad) deberá contestar las siguientes preguntas junto con la información que se le solicita en el anverso de este formulario. Si tiene alguna pregunta en relación con la norma de conservación de registros establecida por OSHA, comuníquese con su consultor de seguridad de Pinnacol Assurance.

**Número de caso del Registro OSHA 300 \_\_\_\_\_ ¿El empleado fue hospitalizado durante la noche como paciente interno?**  Sí  No

**¿Qué estaba haciendo el empleado justo antes de que ocurriera el incidente?** Describa la actividad, así como las herramientas, equipo o material que el empleado estaba usando. Sea específico. Ejemplos: "subía por una escalera mientras cargaba materiales para techar;" "rociaba cloro con un atomizador manual;" "entrada diaria de datos en computadora."

**¿Cuál fue la lesión o enfermedad?** Indique qué parte del cuerpo resultó afectada y cómo fue afectada; sea específico y no diga solamente "se lastimó," "le duele," o "está adolorido." Ejemplos: "esguince en la espalda;" "quemaduras ocasionadas por sustancias químicas, mano;" "síndrome del túnel carpiano."

**¿Qué objeto o sustancia lastimó directamente al empleado?** Ejemplos: "piso de concreto;" "cloro;" "sierra de brazo radial." *Si esta pregunta no aplica al incidente, déjela en blanco.*

**¿Cómo se llama el médico o profesional de servicios de salud que proporcionó tratamiento médico al empleado?**