



Instrucciones

- Utilice una máquina de escribir o bolígrafo y presione con firmeza para completar este formulario.
• Usted o su representante deben firmar este formulario antes de presentarlo.
• Debe presentar una copia y quedarse con otra para sus registros.
• Si necesita ayuda, comuníquese a su oficina de servicio al cliente local de BWC.

Número de reclamo

Solicitud para:

- [] Determinación del porcentaje de discapacidad parcial permanente (% de DPP) inicial;
[] Determinación del % de DPP para una condición recientemente autorizada en este reclamo (no se necesita información médica nueva);
[] Aumento del % de DPP - Creo que el porcentaje de discapacidad parcial permanente ha aumentado sobre el porcentaje determinado previamente. Adjunté tres copias del informe médico de mi médico para respaldar esta solicitud. Los informes médicos adjuntados se acompañan de evidencia de circunstancias nuevas y modificadas.

Parte A: Información del trabajador lesionado

Form with fields: Nombre del trabajador lesionado, Fecha de la lesión, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal de nueve dígitos, Condado, Número de teléfono del trabajo, Número de teléfono del hogar.

Parte B: Información de solicitud

Form with fields: Empleador al momento de la lesión, Número de teléfono, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal de nueve dígitos, Descripción de la discapacidad.

A continuación se encuentran los números de reclamos de la indemnización de los trabajadores y la naturaleza de cada lesión o enfermedad ocupacional.

Table with 4 columns: Número de reclamo, Afección autorizada, Número de reclamo, Afección autorizada. Rows 1-4.

Certifico que la información de este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que cualquier persona que conscientemente realice una declaración falsa, tergiversación, cualquier otro acto de fraude para obtener beneficios y/o indemnización, según lo proporciona BWC o empleados autoasegurados, o quienes conscientemente acepten una indemnización para la cual no tiene derecho, está sujeta a proceso penal y, bajo las disposiciones penales adecuadas, puede ser sancionado con una multa, prisión o ambas.

Parte C: Autorización

Form with fields: Nombre del representante del trabajador lesionado, N.º de identificación del REP., Firma del trabajador lesionado, Fecha, Autorización de BWC, Firma del trabajador lesionado, Fecha.

Para uso exclusivo de BWC

Form with fields: Copia enviada a: [] Empleador [] Representante del empleador, Fecha de envío.