

**Primer informe de lesión o enfermedad
profesional**
Instrucciones

El seguro de compensación para trabajadores es un seguro requerido por el estado, que proporciona beneficios médicos, compensación salarial y rehabilitación a los trabajadores lesionados en el trabajo. Se pueden evaluar sanciones severas contra un empleador sin seguro. Ni la responsabilidad civil general ni las pólizas de seguro de salud y accidentes son sustitutos del seguro de compensación para trabajadores.

El trabajador y el empleador pueden completar este formulario juntos o cada uno puede presentar un formulario por separado.

Instrucciones para trabajadores lesionados

Los trabajadores tienen dos requisitos de reporte: 1) Notificar a su empleador de una lesión en el trabajo dentro de los 30 días posteriores a su ocurrencia y 2) Complete este formulario como reclamo de compensación. El formulario debe firmarse y enviarse a la aseguradora del empleador o al Departamento de Trabajo e Industria dentro de los 12 meses posteriores al accidente. El formulario debe enviarse para todas las lesiones con el fin de proteger su derecho a los beneficios en caso de que una lesión aparentemente menor se convierta en una afección más grave.

Completar un informe de la lesión

Sea minucioso al completar todas las áreas, excepto las áreas sombreadas en gris. Es importante para usted que tengamos información completa. Debe proporcionar su Número de Seguro Social (SSN). Este es un requisito obligatorio que está permitido bajo la Sección 7 (a) de la Ley de Privacidad de 1974 porque los formularios del Departamento de Trabajo e Industria de Montana, prescritos por las reglas del departamento existentes antes del 1 de enero de 1975, han requerido la divulgación del SSN. El SSN se utiliza como identificador clave del reclamante y es necesario debido al número de personas que tienen nombres y fechas de nacimiento similares, y cuyas identidades solo pueden distinguirse por el SSN. Use hojas de papel adicionales si es necesario. Escriba o imprima con un bolígrafo.

Para garantizar que los sistemas de compensación de trabajadores no se vean afectados, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Ley Pública 104-191, 42 USC 1301, et. seq., permite la divulgación de información médica protegida de conformidad con las disposiciones de las leyes estatales con respecto a la compensación de trabajadores. 45 CFR 164.512(l) establece:

"Norma: Divulgaciones para compensación de trabajadores: Una entidad cubierta puede divulgar información médica protegida **según lo autorizado y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores** u otros programas similares, establecidos por la ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin tener en cuenta la culpa".

Instrucciones del empleador

La ley de Montana requiere que los empleadores completen este formulario dentro de los seis días posteriores a la notificación de cada accidente, lesión y / o enfermedad ocupacional (OD) en el trabajo por parte de un trabajador. Asegúrese de que todas las áreas estén completas, excepto las áreas sombreadas en gris, que su aseguradora completará. **Es importante que tengamos información completa.**

Escriba o imprima con un bolígrafo. Si está completando con el software WORD, puede desplazarse por los campos. Si el trabajador lesionado está disponible para hacerlo, puede presentar un reclamo de compensación para trabajadores completando y firmando sus partes de este formulario. Luego puede completar la sección del empleador.

Envíe el original inmediatamente a su aseguradora de compensación para trabajadores. Si no sabe quién es su aseguradora, comuníquese con el Departamento de Trabajo e Industria de Montana (ver a continuación). **ENVÍE ESTE FORMULARIO DENTRO DEL LÍMITE DE 6 DÍAS, INCLUSO SI EL TRABAJADOR NO ESTÁ DISPONIBLE PARA FIRMAR.** Este formulario debe enviarse incluso si el empleador cuestiona si la lesión y / o OD reportadas están relacionadas con el trabajo. Se pueden adjuntar hojas de papel adicionales, si es necesario para explicar completamente todas las condiciones relacionadas con la lesión y / o OD.

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, OSHA, requiere que los empleadores mantengan un registro de lesiones ocupacionales en la oficina del empleador. Por favor copie el formulario completado para sus registros.

Asegurador/Ajustador (no presentando electrónicamente)

Complete todas las áreas sombreadas en gris y envíe una copia completa inmediatamente al Departamento de Trabajo e Industria de Montana a la dirección que se muestra a continuación. Las casillas que han sido **NEGRITAS** son obligatorias para presentar este informe. Si desea presentar la información del Primer Informe electrónicamente, comuníquese con la División de Relaciones Laborales.

Reclamaciones presuntas (por ejemplo, bombero)

Para presentar un reclamo presuntivo, especialmente para jubilados, el departamento recomienda trabajar directamente con la

aseguradora o el departamento, ya que el formulario de reclamo existente fue diseñado en base a un estándar nacional que actualmente no incluye reclamos de esta naturaleza. A continuación hay un par de consejos útiles para completar el formulario para reclamos presuntivos de jubilados.

- 1) Las fechas de servicio de los empleados/voluntarios se pueden ingresar en los campos Fecha de contratación y Último día de trabajo en el formulario existente. Use la fecha de alquiler para la fecha de inicio del servicio y el último día trabajado para la fecha de finalización del servicio.
 - 2) La fecha de diagnóstico se puede ingresar en el campo Fecha de lesión en el formulario.
 - 3) La agencia de bomberos para la que trabajó/se ofreció como voluntaria debe ingresarse en el campo Nombre del empleador en el formulario.
 - 4) El campo de descripción del accidente en el formulario se puede utilizar para recopilar datos misceláneos, como la fecha del último examen físico, el número de años como bombero o cualquier otro dato que la aseguradora considere pertinente para adjudicar el reclamo. Este elemento de datos permite hasta 512 caracteres.
- La Aseguradora y / o el departamento están aquí para cualquier pregunta o para proporcionar asistencia en la presentación de este tipo de reclamos.

Más información

División de Normas de Empleo del
Departamento de Trabajo e Industria
Oficina de Asistencia para Reclamos de
PO Box 8011
Helena MT 59604-8011
(406) 444-6543
<http://erd.dli.mt.gov>

El Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, OSHA, requiere que los empleadores mantengan un registro de lesiones ocupacionales en la oficina del empleador.

10/03/2023 - DR