

Primer Informe de Accidente

La información a continuación permite a nuestros socios en Pinnacol Assurance procesar la reclamación con rapidez y precisión. Use este formulario como una guía para reportar una lesión. No espere para reportar 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 (por favor escriba su nombre con letra de molde): _____ Título: _____
 Correo electrónico: _____
 Teléfono: (_____) _____ - _____ Fax: (_____) _____ - _____ Fecha de elaboración: ____/____/____

Información del Trabajador Lesionado

Número del Seguro Social del trabajador lesionado: _____ - _____ - _____ Fecha de la lesión: ____/____/____
 Nombre: _____ I.M.: _____ Apellido: _____
 Dirección postal: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Hombre Mujer Estado civil: _____
 Idioma: Inglés Español Otro: _____ Correo electrónico: _____
 Ocupación: _____ Fecha de contratación: ____/____/____
 Estatus del empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Por temporada 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 es una lesión mortal, Fecha de defunción: ____/____/____
 Hora de la lesión: _____ am pm Hora a la que comenzó el trabajo: _____ am pm
 Pago complete el día de la lesión: Sí No Último día trabajado: ____/____/____
 El accidente ocurrió en la localización del empleador: Sí No Si corresponde, Código del lugar: ____ Código del Depto: ____
 Localización del accidente: _____
 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 es necesario): _____

Actividad específica que estaba realizando el empleado: _____
 ¿Qué equipo estaba usando?: _____
 Parte(s) del cuerpo lesionada(s): _____ Derecha Izquierda Noaplicable
 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 tres días laborales programados a causa de la lesión.)

Información del Proveedor Médico

Sin tratamiento médico Tratado por el empleador Llamó a 911 Clínica médica
 Sala de emergencias Hospitalizado >24 hrs./Una noche Posible cirugía
 Nombre del proveedor médico: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
 Dirección: _____
 Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Instrucciones para Llenar el Formulario de Primer Reporte de Accidente

1. Reporte todas las lesiones relacionadas con el trabajo al equipo de Cuidado al Cliente de Cake. Los informes rápidos pueden reducir significativamente el costo total de una reclamación. Nuestros socios en Pinnacol ayudarán a su empleado a reincorporarse al trabajo lo más pronto posible y el hecho de reportar el accidente dentro de 24 horas agiliza ese proceso. Reporte la lesión aun cuando no esté seguro si la lesión sea verdaderamente relacionada con el trabajo.
2. Este formulario es una guía para reportar lesiones. Para hacer una reclamación, por favor, contáctese a un miembro del equipo de Cuidado al Cliente de Cake. Alternativamente, puede llenar alguna información preliminar en el Portal de Clientes, y le contactaremos directamente. Le ayudaremos a someter su reclamación y le pondremos en contacto con nuestros socios dedicados de reclamaciones de Pinnacol. El empleador o representante autorizado debe reportar la lesión; favor de no pedir al trabajador lesionado que complete este formulario o llamar para someter la reclamación.
3. Como empleador, a usted se le requiere proveer a su empleado lesionado con una lista de los cuatro proveedores médicos designados dentro de siete días después de que la reclamación haya sido sometida. La designación de proveedores de la lista de *SelectNet* de Pinnacol le garantiza que su empleado recibirá tratamiento de un proveedor especializado en medicina ocupacional, conector del sistema de compensación de los trabajadores y de los asuntos relacionados con el regreso al trabajo. Si usted no tiene cuatro proveedores designados o si tiene preguntas sobre sus proveedores, llame a Cake para asistencia.

Por favor, conteste la mayor cantidad posible de preguntas. 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 por la Ley de Compensación de los Trabajadores de Colorado. **Es especialmente crítica la información sobre la fecha de la lesión, si su empleado faltará a su trabajo más de tres días programados y cuándo se espera que su empleado regrese al trabajo.**

Definiciones útiles:

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 puede 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 a uno de los miembros del equipo de Cake, y estarían felices de ayudarle.

Localización 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 información o datos falsos intencionalmente, o hechos e información confusa 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. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que intencionalmente proporcione información o datos falsos, incompletos o confusos a un asegurado o trabajador lesionado con el propósito de cometer o intentar cometer un 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 de Formulario 301 de OSHA

“Si usted tuvo 10 empleados o menos durante todo el ultimo año calendario o su empresa está clasificada dentro de una industria específica de bajo riesgo de comercio minorista, servicios, financiera, seguros o bienes raíces, no tiene que conservar los expedientes de lesiones y enfermedades a menos que la Oficina de Estadísticas del Trabajo u OSHA le informen por escrito que debe hacerlo.”

Para que este Primer Reporte de Accidente 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 frente de este formulario. Si tiene alguna pregunta en relación con la norma de conservación de registros establecida por OSHA, contacte a Cake, y le podemos poner en contacto con nuestros socios de consultores de seguridad en Pinnacle 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 resulto afectada y cómo fue afectada; sea específico y no ponga 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.*
