

Frontline HRO Inc. se dedica a brindar el mejor servicio posible a nuestros clientes. El Departamento de Siniestros trabaja diligentemente con nuestro seguro empresas para garantizar el manejo adecuado de los reclamos y el mejor trato para los empleados lesionados. El fraude de Compensación para Trabajadores es siempre una preocupación, y Frontline HRO trabajará con nuestras compañías de seguros para investigar adecuadamente los cuestionables que se encuentren haciendo informes falsos para poder obtener beneficios está sujeta a enjuiciamiento.

El manejo adecuado de reclamos comienza con usted. Es imperativo que todos los reclamos se informen a Frontline HRO dentro de las 24 horas de conocimiento del siniestro, no importa cuán pequeño sea el incidente. En el caso de una lesión de compensación para trabajadores, siga los procedimientos de informe a continuación:

Informes de Lesiones

- 1. Informe de Lesión del Empleador :** Para ser completado por un representante de la empresa y enviado por fax o correo.
- 2. Informe de Lesión del Supervisor:** Todos los supervisores deben tener acceso y conocer los procedimientos para completar este formulario y entregándolo a la persona adecuada.
- 3. Informe de Lesión del Empleado:** Todas las lesiones, sin importar cuán leves sean, deben ser reportadas por el empleado a su respectivo supervisor utilizando este formulario.

Los formularios de Informe de lesión deben completarse de inmediato y enviarse a Frontline HRO por correo electrónico o fax.

Nuestra dirección de correo electrónico es:
risk@frontlinehro.com y nuestro número de fax es: 888-252-5217.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar al departamento de Reclamos de Frontline HRO.

Información del Contacto:

Nombre de la persona que completa este documento: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del contacto de reclamos si es diferente a l anterior: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información del Titular de la Póliza:

Nombre del titular de la póliza: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del contacto de reclamos si es diferente a l anterior: _____

Número de póliza: _____ Jurisdicción de reclamaciones: _____

Ubicación del empleador/Nombre de la empresa del cliente: _____

Cliente/Número de ubicación: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Información del empleado lesionado:

Nombre del empleado lesionado: _____

Empleado lesionado segundo nombre: _____

Apellido del empleado lesionado: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono de casa: _____

Número de teléfono del trabajo: _____

**Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe
un correo electrónico a risk@frontlinehro.com**

Número Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Estado Civil: ☐ Único ☐ Casado ☐ Apartado ☐ Desconocido

Fecha de Contratación: _____

Ocupación: _____

Estatus de Empleo: ☐ Regular/Tiempo ☐ Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Trabajador por Pieza ☐ Estacional
☐ Voluntario

Código de Clase NCCI: _____

Salario: _____

Tasa de Salario por: ☐ Hora ☐ Día ☐ Semana ☐ Comisión

Número de Días Trabajados por Semana: _____

Horas Trabajadas por Día: _____

¿Se pagará al empleado en su totalidad por la fecha del accidente? ☐ Sí ☐ No

¿Seguirá pagando al empleado? ☐ Sí ☐ No

Información de Reclamo:

Fecha de la Lesión Enfermedad: _____

Tiempo de Lesión/Enfermedad: _____

¿Fecha en Que se Notificó al Empleador de la Lesión/Enfermedad? _____

Último día Trabajado: _____

Fecha de Regreso al Trabajo: _____

Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe un correo electrónico a risk@frontlinehro.com

Descripción del Accidente: _____

Parte del Cuerpo Afectada: _____

Proceso de Trabajo en el que Estaba Involucrado el Empleado Cuando Ocurrió el Incidente:

¿Se utilizaron salvaguardas y equipos de seguridad? ☐ Sí ☐ No

¿Ocurrió el accidente en las instalaciones del Asegurado? ☐ Sí ☐ No

Lugar del Accidente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Es Cuestionable la Afirmación? ☐ Sí ☐ No

Si es Así, ¿Por Qué? _____

Proveedores Médicos:

Tratamiento Inicial:

- ☐ Sin Tratamiento Médico
- ☐ Menor en el Sitio por el Empleador
- ☐ Clínica/Hospital Menor
- ☐ Evaluación de Emergencia
- ☐ Hospitalización

Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe un correo electrónico a risk@frontlinehro.com

Proveedor #1 Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Liberado Para Volver al Trabajo: ☐ Sí ☐ No

Restricciones de Trabajo: _____

Proveedor #2 Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Diagnóstico: _____

Liberado para volver al trabajo: ☐ Sí ☐ No

Restricciones de Trabajo: _____

Testigos:

Testigo #1 Nombre: _____

¿El testigo es un Compañero de Trabajo? ☐ Sí ☐ No

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono de Casa: _____

Número de Teléfono del Trabajo: _____

Número Celular: _____

Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe un correo electrónico a risk@frontlinehro.com

Testigos:

Testigo #2 Nombre: _____

¿El Testigo es un Compañero de Trabajo? ☐ Sí ☐ No

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de Teléfono de Casa: _____

Número de Teléfono del Trabajo: _____

Número Celular: _____

Notas Adicionales: _____

Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe un correo electrónico a risk@frontlinehro.com

Complete y Envíe sin Importar Cuán Leve Sea la Lesión.

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ M.I. _____ SSN: _____

Dirección: _____ Apto: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Título Profesional: _____ Departamento: _____

Lesión Reportada a: _____ Posición: _____ Fecha Reportada: _____

Fecha de la Lesión: _____ Último día Trabajado: _____

¿Dónde Ocurrió la Lesión? _____

¿Qué Estabas Haciendo Cuando Ocurrió la Lesión? _____

¿Cómo Ocurrió la Lesión? _____

¿Qué Objeto o Sustancia Causó la Lesión? _____

Tipo de Lesión: _____ Parte del Cuerpo: _____

¿Qué Tipo de Tratamiento Recibió? _____

¿Quién Presenció el Accidente? _____

¿La Lesión fue Causada por Otra Persona? ☐ No ☐ Sí Nombre: _____

¿El Accidente Involucró a Empleados o Equipos de Otra Empresa? ☐ No ☐ Sí

¿Qué Medidas (si las hubo) se Tomaron para Evitar que Ocurrieran Accidentes Similares? _____

¿Ha Tenido un Reclamo de Compensación al Trabajador en el último año? ☐ No ☐ Sí Si sí, Cuándo: _____

¿Ha Tenido una lesión previa en esta parte del cuerpo? ☐ No ☐ Sí Si sí, Cuándo: _____

Nota: Cualquier persona que, a sabiendas, proporcione información falsa, incompleta o engañosa a cualquier parte con el fin de obtener beneficios de compensación para trabajadores es culpable de un delito grave y puede estar sujeto a encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Nombre del Empleado (letra de imprenta): _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe un correo electrónico a risk@frontlinehro.com

Empleado

Por la presente autorizo a los representantes de Frontline HRO a que se les permita obtener y revisar copias de todos los registros médicos relacionados con cualquier o lesiones pasadas o relacionadas con mi historial médico. Cualquier información pertinente será discutida con otros profesionales involucrados en mi tratamiento médico y cualquier institución que, a través del "Programa de Compensación para Trabajadores" o de otra manera, esté pagando todo o parte de los costos asociados con mi atención médica.

Nombre Impreso del Empleado: _____

Número de Seguro Social: _____

Número de Teléfono: _____

Numero de Reclamo: _____

Nombre del Empleador: _____

Fecha de la Lesión: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario completo por fax al 888-252-5217 o envíe un correo electrónico a risk@frontlinehro.com

Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en llamar al Departamento de Reclamos de Frontline HRO o al Control de Pérdidas.