

**GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY
TEXAS NONSUBSCRIBER CLAIMS OFFICE
P.O. BOX 2309**

ADDISON, TX 75001-2309

TELÉFONO: 972-930-9493 O LLAMADA SIN COSTO AL 866-930-9493

FAX: 972-930-9479 o correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com

PROCEDIMIENTOS PARA INFORMAR SOBRE UN ACCIDENTE

Cuando ocurra una lesión (o presunta lesión):

- Encárguese de que el empleado asegurado reciba **rápido atención médica** y que llene el formulario inicial “**Autorización de tratamiento médico**”, incluyendo la sección “Prueba de alcohol/drogas”. El formulario se envía al centro médico con el empleado lesionado.
- Envíe al empleado a un centro médico de accidentes ocupacionales.

Inmediatamente al recibir la notificación del incidente:

- Encárguese de que el empleado llene y firmo el formulario de **Declaración de lesión del empleado**.
- Encárguese de que el empleado firmo la **Autorización para divulgar expedientes médicos**.
- Llene el **Informe del Supervisor sobre el incidente**.

Revise los formularios y asegúrese de que están completos, firmados y que tiene anotado el nombre de la compañía. Saque copias de los formularios adjuntos para tener en su archivo y para uso futuro.

Inmediatamente después de llenar los formularios, **envíelos por fax O por correo electrónico a:**

**FAX: (972) 930-9479 o a la dirección de correo electrónico:
txnonsubscriberclaims@gaic.com**

Los accidentes donde ocurra el fallecimiento o lesiones graves se deberán reportar inmediatamente por teléfono. Llame al 972-930-9493 o llamada sin costo al 1-866-930-9493.

Después de que Great American Insurance Company reciba el aviso y los formularios completos, le enviaremos una carta de confirmación. Es necesario enviar todas las facturas médicas a Great American Insurance Company para su aprobación y revisión antes de poder efectuar el pago.

Si tuviera alguna pregunta relacionada con un reclamo, no dude en llamarnos al 1-866-930-9493 entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m. de lunes a viernes.

GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY

Paquete de reclamos

Incluye:

Procedimientos para informar sobre un accidente

FORMULARIOS:

DECLARACIÓN DE LESIONES DEL EMPLEADO

INFORME DEL SUPERVISOR SOBRE EL INCIDENTE

DECLARACIÓN DE TESTIGOS

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

INFORME DEL MÉDICO SOBRE LAS LESIONES DEL EMPLEADO

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS

FORMULARIO PARA DECLINAR EL TRATAMIENTO MÉDICO

REVISE PARA CONFIRMAR QUE TODO ESTÁ COMPLETO

INFORME AVISOS POR FAX O POR CORREO ELECTRÓNICO A:

GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY

FAX: (972) 930-9479

o

CORREO ELECTRÓNICO: txnonsubscriberclaims@gaic.com

Si tuviera alguna pregunta relacionada con alguno de estos formularios, comuníquese con nuestras oficinas llamando al (866) 930-9493 entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m. de lunes a viernes.

DECLARACIÓN DE LESIONES DEL EMPLEADO

ESTE INFORME LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL EMPLEADO

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario lleno a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY (972) 930-9479 o txnonsubscriberclaims@gaic.com

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado TX Código postal: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ Póliza # _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

NOMBRE _____ FECHA NAC. ____ / ____ / ____ N.º SEGURO SOCIAL _____
DIRECCIÓN RESIDENCIAL _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TEL. (____) _____
DE DEPENDIENTES (SI TIENE) _____ ESTADO CIVIL _____ SEXO MASCULINO FEMENINO
IDIOMA PREFERIDO SI NO ES EL INGLÉS _____

INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN

FECHA DEL INCIDENTE ____ / ____ / ____ HORA DEL INCIDENTE _____ DÍA DEL INCIDENTE A.M. P.M. SEMANA _____ HORA TURNO DE TRABAJO INICIÓ _____ A.M. P.M.
FECHA EN QUE INFORMÉ AL GERENTE SOBRE LA LESIÓN ____ / ____ / ____ FECHA DEL INFORME _____ A.M. P.M.
DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN _____ CIUDAD _____
ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO (____) _____ FAX (____) _____
ÁREA EXACTA DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN _____
DESCRIBA EL EQUIPO INVOLUCRADO (SI HUBO) _____

DESCRIBA QUÉ ESTABA HACIENDO AL MOMENTO DEL INCIDENTE _____

DESCRIBA COMPLETAMENTE CÓMO OCURRIÓ EL INCIDENTE _____

¿CORRESPONDÍA USAR UN DISPOSITIVO DE SEGURIDAD? SÍ NO ¿ESTABA USÁNDOLO? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE QUÉ DISPOSITIVO ES _____

DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA LESIÓN _____

PARTE(S) DEL CUERPO INVOLUCRADA _____

¿HA TENIDO ANTES LA MISMA LESIÓN O UNA SIMILAR? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, PROPORCIONE DETALLES _____

Yo, _____ (empleado), el firmante con la presente CERTIFICO que las declaraciones y respuestas anteriores en este formulario son completas y verdaderas, que no se ha omitido información y que tales declaraciones y respuestas las hago por mi propia y libre voluntad. Entiendo que mi empleador no tiene seguro de compensación para los trabajadores y, además, que cualquier pago a mí o a cualquier otra persona por gastos relacionados con este incidente y que resulten en una lesión no es una admisión de responsabilidad por parte de mi empleador.

Yo autorizo el pago directo a los proveedores médicos y a otros que presten servicios relacionados con este reclamo.

Firma del empleado _____ Testigo _____ Fecha _____

Traducido por (si corresponde) _____ Fecha _____

Cualquier persona que a sabiendas o con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y está sujeto a sanciones civiles y penales sustanciales.

Great American Insurance Company, Texas Nonsubscriber Claims Office - P O BOX 2309, Addison, TX 75001-2309 (866) 930-9493, FAX (972) 930-9479

Correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com

Great American Insurance Group, 301 East Fourth Street, Cincinnati, Ohio 45202

FORMULARIOS DE REVISIÓN DE RECLAMOS (01-12)

INFORME DEL SUPERVISOR SOBRE EL INCIDENTE

ESTE INFORME LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL EMPLEADOR

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario lleno a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY (972) 930-9479 o txnonsubscriberclaims@gaic.com

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____	Póliza # _____	
LUGAR: (Si es distinta a la anterior) _____	UBICACIÓN N.º: _____	
DEPARTAMENTO: _____	TÍTULO DEL PUESTO: _____	FECHA DE CONTRATACIÓN: ____/____/____
DÍAS/SEMANAS PROGRAMADAS: _____	HORAS/DÍAS PROGRAMADOS: _____	TARIFA POR HORA: \$ _____
¿TIEMPO LABORAL PERDIDO? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PRIMER DÍA DE TIEMPO PERDIDO: ____/____/____		
FECHA DE REGRESO <input type="checkbox"/> COMPLETO <input type="checkbox"/> MODIFICADO/FUNCIÓN: ____/____/____		

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

NOMBRE: _____ N.º SEGURO SOCIAL: _____
DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: (____) _____
SEXO MASCULINO FEMENINO IDIOMA PREFERIDO SI NO ES EL INGLÉS: _____

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA LESIÓN

FECHA DEL INCIDENTE: ____/____/____ DÍA DE LA SEMANA: _____ HORA DEL INCIDENTE: _____ A.M. P.M.
FECHA DEL INCIDENTE REPORTADO: ____/____/____ DÍA DE LA SEMANA: _____
HORA DEL INCIDENTE REPORTADO: _____ A.M. P.M.
NOMBRE DEL SUPERVISOR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN: _____ TELÉFONO DE CONTACTO: (____) _____
DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA LESIÓN DEL EMPLEADO: _____
PARTE(S) DEL CUERPO INVOLUCRADA: _____
DESCRIBA EL EQUIPO INVOLUCRADO (SI HUBO) _____

INFORMACIÓN DE TESTIGO (SI NO HAY, INDIQUE NINGUNO)

NOMBRE DEL TESTIGO: _____ TELÉFONO RESIDENCIAL: (____) _____
DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
¿EMPLEADO? SÍ NO TÍTULO: _____ DEPTO.: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) _____
NOMBRE DEL TESTIGO: _____ TELÉFONO RESIDENCIAL: (____) _____
DIRECCIÓN RESIDENCIAL: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
¿EMPLEADO? SÍ NO TÍTULO: _____ DEPTO.: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: (____) _____

PROVEEDOR MÉDICO

NOMBRE DE CLÍNICA/HOSPITAL/MÉDICO: _____ TELÉFONO: _____
SI NO ES PROVEEDOR DESIGNADO, LLENE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

FIRMA DEL SUPERVISOR/GERENTE QUE LLENA EL INFORME

Nombre del supervisor/gerente (en letra de molde)

X

Firma del supervisor/gerente

Teléfono

Fecha

Great American Insurance Company, Texas Nonsubscriber Claims Office - P O BOX 2309, Addison, TX 75001-2309 (866) 930-9493, FAX (972) 930-9479

Correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com

Great American Insurance Group, 301 East Fourth Street, Cincinnati, Ohio 45202

FORMULARIOS DE REVISIÓN DE RECLAMOS (01-12)

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario lleno a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY (972) 930-9479 o txnonsubscriberclaims@gaic.com

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado TX Código postal: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ Póliza # _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____ TELÉFONO RESIDENCIAL _____

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TÍTULO _____ DEPTO. _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____

FECHA DEL INCIDENTE _____ HORA DEL INCIDENTE _____ A.M. _____ P.M. _____

ESTA DECLARACIÓN ES RELACIONADA CON MI CONOCIMIENTO DEL PRESUNTO INCIDENTE .

1. NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO: _____

2. SI NO ES EMPLEADO, RAZÓN DE SU PRESENCIA EN ESA UBICACIÓN: _____

3. ¿ESTÁ RELACIONADO USTED CON EL EMPLEADO LESIONADO? _____ ¿CÓMO? _____

4. ¿CUÁNTO TIEMPO TIENE DE CONOCER A ESTE EMPLEADO? _____

5. EXPLIQUE EN DETALLE LO QUE SABE SOBRE ESTE INCIDENTE: (NOMBRE PERSONAS, OBJETOS U EQUIPO ESPECÍFICOS)

6. ¿VIO REALMENTE EL INCIDENTE? _____ SI NO LO VIO, ¿CÓMO SE ENTERÓ DE ÉL? _____

7. ¿SABE USTED SI ESTE EMPLEADO HA TENIDO ALGUNA OTRA LESIÓN, INCIDENTE O ENFERMEDAD? _____ SI ES ASÍ, EXPLIQUE POR FAVOR: _____

8. DÉ LOS NOMBRES Y DIRECCIONES DE CUALQUIER OTRA PERSONA QUE PUEDA SABER SOBRE ESTE INCIDENTE:

9. COMENTARIOS ADICIONALES: _____

Yo certifico que las declaraciones y respuestas anteriores en este formulario son completas y verdaderas, y que no sea ha omitido información.

Testigo: _____
Firma

Verificado por: _____
Firma

Fecha: _____

Fecha: _____

Traducido por (si corresponde): _____ Fecha: _____

Cualquier persona que a sabiendas o con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros o a otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y está sujeto a sanciones civiles y penas sustanciales.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

ESTE INFORME LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL EMPLEADOR

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario lleno a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY (972) 930-9479 o txnonsubscriberclaims@gaic.com

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado TX Código postal: _____

TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ Póliza # _____

EMPLEADO LESIONADO: _____ Número de Seguro Social: _____

Para: Proveedor aprobado

El empleado arriba mencionado informó que tuvo una lesión/enfermedad ocupacional relacionada con su empleo. Usted está autorizado para proporcionar el tratamiento médicamente necesario o los servicios recomendados para las condiciones relacionadas con la lesión/enfermedad reportada.

Tipo de lesión _____

Sus cargos por los servicios médicamente necesarios los pagará directamente el empleador. Para facilitar el pago prontamente, envíe su documento de facturación y una copia del Informe (únicamente los médicos) a:

**GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY
TEXAS NONSUBSCRIBER CLAIMS OFFICE
P O BOX 2309
Addison, Texas 75001-2309**

Las solicitudes de información del tratamiento y facturación se deben enviar a **GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY**. al (866) 930-9493. Si desea información sobre la autorización para divulgar expedientes médicos y cualquier información relacionada con la lesión/enfermedad ocupacional del empleado, consulte la Autorización para divulgar expedientes médicos.

Se requiere pruebas de Drogas / Alcohol Sí No

Si se marca **Sí** en la casilla anterior, el empleado debe someterse a una prueba de drogas/alcohol que es únicamente para el reconocimiento *inicial* y el tratamiento de emergencia de la lesión indicada anteriormente. Realice una prueba de drogas/alcohol para su panel de sustancias controladas y alcohol, además de tratar la lesión/enfermedad ocupacional. Los resultados de la prueba de drogas/alcohol se deberán dar únicamente al *Empleador*.

Nombre del supervisor/gerente, en letra de molde

X _____
Firma del supervisor/gerente

Fecha

INFORME DEL MÉDICO SOBRE LAS LESIONES DEL EMPLEADO

Tenga presente que este empleador no tiene seguro de compensación para los trabajadores. Si llega a ser necesario referirlo con otro médico para recibir tratamiento o para otra opinión, le agradeceremos proporcionarnos esa información antes de hacerlo para obtener autorización adicional. Todas las facturas para el tratamiento médico autorizado o cualquier solicitud de información relacionada con la autorización del tratamiento se deben enviar a:

**Attn: GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY.
TEXAS NONSUBSCRIBER CLAIMS OFFICE
P O BOX 2309
Addison, TX 75001-2309**

**Teléfono (866) 930-9493
Fax (972) 930-9479
Correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com**

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado TX Código postal: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ Póliza # _____

Nombre del empleado lesionado: _____

1. Fecha de la lesión: _____ Fecha del primer tratamiento proporcionado: _____
2. Descripción del incidente: _____
3. Quejas iniciales: _____

4. Diagnóstico: _____
5. Naturaleza, alcance, grado, lugar de la lesión en el cuerpo: _____
6. Tratamiento ordenado y pronóstico: _____
7. Medicamentos recetados: _____
8. Duración probable de la hospitalización: (si corresponde) _____
9. Rayos X Sí No Si la respuesta es sí, resultados: Positivo Negativo _____
10. Pruebas de laboratorio Sí No Describa el procedimiento y resultados: _____

11. ¿Había alguna evidencia de una lesión o enfermedad anterior o preexistente? Sí No Si la respuesta es sí, ¿qué condición y hasta dónde puede contribuir a una discapacidad o recuperación? _____

12. En un esfuerzo por ayudar a los empleados para regresar a trabajar más rápidamente después de una lesión/enfermedad, hay un programa de funciones limitadas disponible.

Este empleado Puede regresar a trabajar hoy sin restricciones
 Puede regresar a trabajar hoy con restricciones tal como se indica a continuación durante _____ días
 No puede regresar a trabajar hasta _____
13. Si se requiere restricciones en o fuera del trabajo, indíquelas a continuación:

<input type="checkbox"/> No estar parado más de ___ horas	<input type="checkbox"/> No levantar pesos mayores de ___ lb
<input type="checkbox"/> Ningún trabajo que requiera percepción de profundidad/manejar	<input type="checkbox"/> No agacharse/inclinarse/girar
<input type="checkbox"/> No subir los brazos arriba de la altura de los hombros	<input type="checkbox"/> No caminar más de ___ horas
<input type="checkbox"/> No usar mano/extremidades superiores D/I	<input type="checkbox"/> No cargar peso en pie D/I
<input type="checkbox"/> No subir/escalar más de ___ horas	<input type="checkbox"/> Debe usar muletas/férula
<input type="checkbox"/> No empujar/jalar más de ___ lb	<input type="checkbox"/> No puede operar maquinaria/equipo
<input type="checkbox"/> Mantener la herida limpia y seca durante ___ días	<input type="checkbox"/> No exposición a (especifique, por ejemplo, polvo, químicos) _____
- 14a. Autorizado para función con restricción: _____, 20 _____. 14b. Autorizado para funciones regulares: _____, 20 _____.
15. ¿El empleado necesitará tratamiento médico adicional? Sí No Si la respuesta es sí, fecha de la siguiente cita _____, 20 _____.
16. Comentarios: _____

17. FIRMA DEL MÉDICO; incluyendo títulos o credenciales:
(Yo certifico que las declaraciones corresponden a esta factura y son parte de la misma).

FIRMA

FECHA

18. DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL Y TELÉFONO DEL MÉDICO:

PIN#

GRP#

Great American Insurance Company, Texas Nonsubscriber Claims Office - P O BOX 2309, Addison, TX 75001-2309 (866) 930-9493, FAX (972) 930-9479

Correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com

Great American Insurance Group, 301 East Fourth Street, Cincinnati, Ohio 45202

FORMULARIOS DE REVISIÓN DE RECLAMOS (01-12)

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR EXPEDIENTES MÉDICOS

ESTE INFORME LO DEBE LLENAR POR COMPLETO EL EMPLEADO

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario lleno a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY (972) 930-9479 o
Correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado TX Código postal: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ Póliza # _____

Por este medio autorizo a _____ [nombre del médico, hospital o proveedor de atención médica] para proporcionar a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY, sus empleados, agentes y representantes autorizados (en adelante individual y colectivamente referidos como "GAIC"), todos y cada uno de mis expedientes médicos e información relacionada concerniente a mi cuidado y tratamiento como resultado de mi lesión, enfermedad o reclamo de beneficios. Los expedientes médicos e información relacionada incluye, pero no está limitada a, historiales médicos, informes, expedientes, notas, cartas, rayos X, películas, IRM, TC e informes, facturas detalladas con códigos de tratamiento, registros de seguros y reclamos, correspondencia, pagos, consultas, exámenes, recetas médicas, diagnósticos, pruebas y tratamientos.

Entiendo que esta información se obtiene para ayudar en la evaluación de mi reclamo por beneficios.

Entiendo que esta información puede ser usada para ajustar, describir o informar asuntos sobre mi atención y tratamiento a personas con derecho a recibir esta información.

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar un aviso por escrito a GAIC excepto hasta donde GAIC y _____ [nombre del médico, hospital o proveedor de atención médica] hayan adoptado medidas en virtud de esta autorización.

Entiendo que la información utilizada o divulgada según esta autorización puede estar sujeta a divulgación adicional y ya no estar protegida por las regulaciones federales de privacidad de la información de salud. Sin embargo, GAIC tomará las precauciones para mantener la confidencialidad de la información divulgada según esta autorización. Por este medio libero a GAIC de cualquier responsabilidad o pérdida debido a la divulgación de dicha información.

Nada de lo contenido en este documento afectará el tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios de acuerdo con todas las leyes que aplican.

He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que el contenido es consistente con mis instrucciones. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original.

Firma

Fecha

Nombre _____

NSS _____

Dirección _____

Teléfono (____) _____

Representante (si corresponde)

Relación o autoridad del representante

Formulario para declinar el tratamiento médico

Envíe por fax o por correo electrónico este formulario lleno a GREAT AMERICAN INSURANCE COMPANY (972) 930-9479 o
Correo electrónico: txnonsubscriberclaims@gaic.com

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____
DIRECCIÓN: _____ Ciudad: _____ Estado TX Código postal: _____
TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ Póliza # _____

Yo, _____ elijo declinar el tratamiento médico que se me ha ofrecido por una lesión que tuve el _____. Estoy consciente de que al declinar el tratamiento médico en este momento mi empleador, _____, ya no será responsable de ninguno de mis gastos médicos o salario perdido a menos que sea aprobado específicamente por

Empleador

Empleado

Representante del empleador

Fecha