

Empleado lesionado: _____ Fecha: _____
N.º de reclamación: _____ Fecha de la lesión: _____
Empleador: _____ Aseguradora: _____

ELECCIÓN DE PAGO ÚNICO PARA LA COMPENSACIÓN

De acuerdo con lo estipulado en el capítulo 616C.495(2) y (3) de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS)

¿Cuándo se debe completar este formulario?

Este formulario permite que el empleado lesionado elija recibir en un solo pago la compensación por incapacidad parcial permanente. Este formulario solo debe completarse cuando se haya determinado que la incapacidad parcial permanente es del 30 % o menos. Puede completarse en cualquier momento después de que se haya determinado una compensación por incapacidad parcial permanente. Se usará junto con el formulario D-9(a).

¿Cuándo no se debe completar este formulario?

No es necesario completar este formulario en los casos en que aplique el capítulo 616C.490(11) de los NRS: “En caso de disputa sobre una compensación por incapacidad parcial permanente, la aseguradora deberá comenzar a realizar pagos en cuotas al empleado lesionado por la parte de la indemnización que no esté en disputa...”.

PAGOS EN CUOTAS

Si recibo mi compensación en cuotas conforme a lo dispuesto en el capítulo 616C.490(7) de los NRS, los pagos comenzarán el _____ y finalizarán el _____, y se abonarán a la *tasa mensual/anual de \$ _____ por un total de \$ _____ (calculado a partir de la línea [6a] del formulario D-9[a]) en pagos en cuotas.

PAGO ÚNICO

Si elijo recibir mi derecho en un solo pago, recibiré aproximadamente \$ _____, ya que la aseguradora está obligada a calcular el pago único utilizando el factor de anualidad conforme al capítulo 616C.495(6) de los NRS que esté en vigor en la fecha en que yo firme esta elección de pago único de la compensación. Como se establece en el capítulo 616C.495 de los NRS, si elijo recibir mi pago por incapacidad parcial permanente en un pago único, todos mis beneficios de compensación finalizarán.

Mi aceptación del pago único constituye un acuerdo final de todas las cuestiones fácticas y legales en este caso, lo que incluye, entre otros, las cuestiones no resueltas que son el objeto de litigios pendientes (o podrían convertirse en dicho objeto). Con esta aceptación, renuncio a todos mis derechos relacionados con la reclamación, incluido el derecho a apelar el cierre del caso o el porcentaje de mi incapacidad, excepto:

- (a) Mi derecho a lo siguiente:
 - (1) reactivar mi reclamación de acuerdo con las disposiciones del capítulo 616C.390 de los NRS, o
 - (2) que la aseguradora considere mi reclamación de acuerdo con el capítulo 616C.392 de los NRS.
- (b) Cualquier asesoramiento, capacitación u otros servicios de rehabilitación que brinde la aseguradora.
- (c) Mi derecho a recibir una penalización por incumplimiento de acuerdo con lo dispuesto en el capítulo 616D.120 de los NRS.
- (d) Mi derecho a concluir o resolver cualquier asunto en disputa que esté pendiente en el momento en que ejecute esta elección para recibir mi pago por una incapacidad parcial permanente en un pago único. Las disposiciones de este párrafo no se aplican a lo siguiente:
 - (1) el alcance de mi reclamación;
 - (2) si mi condición es estable y calificable, y
 - (3) mi salario mensual promedio.

Además, entiendo que tengo veinte (20) días después de que este aviso se me haya enviado por correo o se me haya entregado personalmente, dentro de los cuales puedo retractarme o reafirmar mi solicitud de pago único antes de que se realice el pago y mi elección se haga definitiva. También entiendo que no recibiré el pago único hasta que haya reafirmado esta elección por escrito. Entiendo también que cualquier pago único que reciba está sujeto a un ajuste basado en los pagos previos por PPD que haya recibido antes de elegir aceptar el pago único.

Habiendo leído y comprendido lo que antecede, yo _____,
(Nombre en letra de imprenta) (Número de Seguro Social),

por el presente elijo recibir la compensación por incapacidad parcial permanente mencionada anteriormente en un pago único.

FECHA: _____ EMPLEADO LESIONADO: _____

(Firma)

FECHA: _____ TESTIGO: _____

* Aseguradora: Indique si la tasa es mensual o anual.