

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

**ELECCIÓN DE PAGO ÚNICO PARA LA COMPENSACIÓN
POR INCAPACIDAD MAYOR AL 30 %**

De acuerdo con el capítulo 616C.495(1)(f), (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 superior al 30 %. 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(b).

¿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 pagos en cuotas, 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[b]) en pagos en cuotas.

PAGO ÚNICO

Si elijo recibir mi derecho del 30 % en un solo pago, recibiré aproximadamente \$ ** _____ en un único pago, 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. Según se establece en el capítulo 616C.495(1)(f) de los NRS, si elijo recibir mi compensación por incapacidad parcial permanente en un pago único, el saldo del ____ % se pagará en cuotas. Los pagos en cuotas comenzarán el _____ y finalizarán el _____ y se abonarán a la *tasa mensual/anual de \$ _____, en una cantidad de _____ pagos en cuotas, por un total de \$ _____ en pagos en cuotas. El monto total del pago único y de todas las cuotas será de \$ _____.

Mi aceptación del pago único constituye un acuerdo definitivo de todas las cuestiones fácticas y legales relacionadas con esta reclamación. 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 (d) no se aplican a los asuntos disputados relacionados con 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.

(Continúa en la página siguiente)

Empleado lesionado: _____

Fecha: _____

N.º de reclamación: _____

Fecha de la lesión: _____

Empleador: _____

Aseguradora: _____

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

por el presente elijo recibir mi compensación por incapacidad parcial permanente en un pago único del 30 %, más pagos en cuotas por el saldo de _____ % de mi porcentaje de incapacidad.

FECHA: _____

EMPLEADO LESIONADO: _____

FECHA: _____

TESTIGO: _____

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

** El monto depende de la fecha efectiva real (fecha de elección).

D-10b (Revisión: 2/23)