



INFORME DE RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD OCUPACIONAL (NRS 617.357)

Enviar dentro de los 30 días posteriores a la aceptación/denegación y cualquier cambio en la reclamación: **PARTE 1**
Enviar dentro de los 30 días posteriores a la apelación, al cierre, a la reactivación o al diagnóstico confirmado: **PARTES 1 Y 2**

Enviado por:	<input type="checkbox"/> Aseguradora <input type="checkbox"/> Administrador externo (TPA)
Empresa:	
Nombre del remitente:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	

PARTE 1 (Información de la reclamación)

Nombre de la aseguradora:	
FEIN de la aseguradora:	
Número de certificado de la aseguradora:	
Empleador del demandante:	
Nombre del demandante:	Nombre: _____ Apellido: _____
Número de reclamación:	
Resolución de la reclamación:	<input type="checkbox"/> Aceptada <input type="checkbox"/> Denegada
Motivo de la denegación:	<input type="checkbox"/> 1: Investigación médica pendiente <input type="checkbox"/> 2: Prueba negativa/sin exposición <input type="checkbox"/> 3: No está en el curso/ámbito <input type="checkbox"/> 4: No compensable/sin enfermedad <input type="checkbox"/> 5: Informe tardío <input type="checkbox"/> 6: Incumplimiento en corregir afección predisponente <input type="checkbox"/> 7: Varios (reclamación duplicada, aseguradora incorrecta/sin seguro, etc.)

DEMANDANTE (Elija una opción) Y RECLAMACIÓN ACEPTADA/DENEGADA SEGÚN LOS ESTATUTOS REVISADOS DE NEVADA (NRS) (Elija una opción):

<input type="checkbox"/> BOMBERO <input type="checkbox"/> NRS 617.453 CÁNCER <input type="checkbox"/> NRS 617.455 ENFERMEDAD PULMONAR <input type="checkbox"/> NRS 617.457 ENFERMEDAD CARDÍACA <input type="checkbox"/> NRS 617.481 CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS <input type="checkbox"/> NRS 617.485 HEPATITIS <input type="checkbox"/> INVESTIGADOR DE INCENDIOS PROVOCADOS <input type="checkbox"/> NRS 617.455 ENFERMEDAD PULMONAR <input type="checkbox"/> NRS 617.457 ENFERMEDAD CARDÍACA <input type="checkbox"/> NRS 617.481 CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS	<input type="checkbox"/> OFICIAL DE POLICÍA (SE INCLUYEN LOS OFICIALES ENCARGADOS DEL ORDEN PÚBLICO SEGÚN NRS 289.010)) <input type="checkbox"/> NRS 617.455 ENFERMEDAD PULMONAR <input type="checkbox"/> NRS 617.457 ENFERMEDAD CARDÍACA <input type="checkbox"/> NRS 617.481 CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS <input type="checkbox"/> NRS 617.485 HEPATITIS <input type="checkbox"/> NRS 617.487 HEPATITIS <input type="checkbox"/> ASISTENTE MÉDICO DE EMERGENCIAS <input type="checkbox"/> NRS 617.481 CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS <input type="checkbox"/> NRS 617.485 HEPATITIS
--	---

Fecha de la lesión:	
Fecha en que la aseguradora/el TPA recibió la reclamación (C4):	
Fecha de aceptación/denegación:	
Costos médicos estimados de la reclamación: \$	Diagnóstico confirmado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Descripción de la reclamación:	
Fecha de cierre de la reclamación inicial:	Fecha de reactivación de la reclamación (si corresponde):
	Fecha de cierre de la reclamación posterior (si corresponde):

PARTE 2 (Información de la apelación)

APELACIÓN INICIAL CONTRA: <input type="checkbox"/> DENEGACIÓN DE RECLAMACIÓN <input type="checkbox"/> ACEPTACIÓN DE RECLAMACIÓN	APELACIÓN POSTERIOR DE LA DECISIÓN DEL: <input type="checkbox"/> Oficial de audiencias (HO) <input type="checkbox"/> Oficial de apelaciones (AO) <input type="checkbox"/> Tribunal del Distrito (DC)
Apelada por: <input type="checkbox"/> Demandante/dependiente/representante <input type="checkbox"/> Empleador/aseguradora	Apelada por: <input type="checkbox"/> Demandante/dependiente/representante <input type="checkbox"/> Empleador/aseguradora
Número de la apelación:	Número de la apelación:
Fecha de presentación de la apelación:	Fecha de presentación de la apelación:
Fecha de la audiencia:	Fecha de la audiencia:
Fecha de la decisión:	Fecha de la decisión:
Decisión: <input type="checkbox"/> Confirmada <input type="checkbox"/> Revocada <input type="checkbox"/> Remitida <input type="checkbox"/> Modificada <input type="checkbox"/> Desestimada <input type="checkbox"/> Acuerdo (Explique):	Decisión: <input type="checkbox"/> Confirmada <input type="checkbox"/> Revocada <input type="checkbox"/> Remitida <input type="checkbox"/> Modificada <input type="checkbox"/> Desestimada <input type="checkbox"/> Acuerdo (Explique):
Decisión de: <input type="checkbox"/> Oficial de audiencias <input type="checkbox"/> Oficial de apelaciones	Decisión de: <input type="checkbox"/> Oficial de apelaciones <input type="checkbox"/> Tribunal del distrito <input type="checkbox"/> Corte Suprema