PRIMER INFORME PATRONAL DE LESIÓN O ENFERMEDAD

Lesiones mortales: Los empleadores amparados en el Capítulo 102 de los Estatutos de Wisconsin deberán notificar las lesiones mortales al Departamento y a su compañía de seguros, si está asegurado, en el plazo de un día después de la muerte del empleado.

Lesiones no mortales: Si la lesión o la enfermedad ocupacional causa incapacidad más allá del período de espera de tres días, el empleador, si está asegurado, deberá notificarlo a su compañía de seguros en los siete días siguientes a la lesión o al inicio de la incapacidad. Las reclamamaciones médicas se informarán únicamente a la compañía de seguros, no al Departamento.

Requisito de notificación electrónica: Todas las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo que den lugar a una pérdida de tiempo compensable, a excepción de los accidentes mortales, deberán notificarlas la compañía de seguros o el empleador autoasegurado al Departamento por intercambio electrónico de datos (Electronic Data Interchange, EDI) o Internet en un plazo de 14 días, contados a partir de la fecha de la lesión o del inicio de la incapacidad. El empleador puede enviar por fax las reclamaciones por lesiones mortales al (608) 267-0394.

Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral, División de Compensación a los Trabajadores
201 E Washington Ave.
P.O. Box 7901
Madison, WI 53707
Servidor de fax para imágenes:
(608) 260-2503
Teléfono: (608) 266-1340
https://dwd.wisconsin.gov/wc
Correo: DWDDWC@dwd.wisconsin.gov

*Facilitar su número de seguro social (Social Security Number, SSN) es voluntario. No facilitarlo puede causar un retraso en el trámite.
El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) administra la Ley de Compensación al Trabajador, Capítulo 102 Wis. Stats. El propósito de este formulario es ayudar con la obtención de información relacionada con o requerida por el Capítulo 102. La cumplimentación de este formulario es voluntaria y la no cumplimentación de dicho formulario puede dar lugar a un retraso en la administración del Capítulo 102. El Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) puede utilizar la información de identificación personal (PII) que obtiene de usted en este formulario para fines distintos de aquellos para los que se está recogiendo.
(**Lea las instrucciones de la página 2 para rellenar este formulario**)

EMPLEADO

Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	Número de la Seguridad Social*	Sexo ☐ M ☐ F	N.º de teléfono del domicilio del empleado

Dirección del empleado	Ciudad	Estado	Código postal	Ocupación

Fecha de nacimiento	Fecha de contratación	Condado y estado donde se produjo el accidente o la exposición

EMPLEADOR

Nombre del empleador	N.º de cuenta del seguro de desempleo de Wisconsin	Autoasegurado? ☐ Sí ☐ No	Tipo de empresa (producto específico)

Dirección postal del empleador	Ciudad	Estado	Código postal	Número de identificación federal del empleador (Federal Employer Identification Number, FEIN)

Nombre de la compañía de seguros de compensación a los trabajadores o del empleador autoasegurado	FEIN del asegurador
Omaha National Insurance Company (ONIC)	82-1042862
Nombre y dirección del administrador externo (Third Party Administrator, TPA) utilizado por la compañía de seguros o el empleador autoasegurado Omaha National Underwriters (ONU)	FEIN del TPA 81-2998170

INFORMACIÓN SALARIAL

Salario en el momento de la lesión $	Especifique por hora, semana, mes, año, etc. Por:	Además del salario, Marque la(s) casilla(s) si El empleado recibió:	☐ Comidas ☐ Alojamiento ☐ Propinas	N.º de comidas/semana N.º de días/semana Monto Promedio semanal

¿Se pagan horas extra al trabajador? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿después de cuántas horas de trabajo a la semana?

Para el período de 52 semanas anterior a la semana en que se produjo la lesión, indique a continuación el número de semanas trabajadas en el mismo tipo de trabajo, y el total de los salarios, sueldos, comisiones y bonificaciones o primas percibidas por dichas semanas.

N.º de semanas:	Monto bruto sin incluir las propinas: $	Si es un trabajo discontinuo, número de horas Excluyendo las horas extra:

	Hora de inicio	Horas por día	Horas por semana	Días por semana
Horario de trabajo habitual del empleado cuando se lesionó:	☐ a.m. ☐ p.m.			
Horario habitual de tiempo completo del empleador para este tipo de trabajo en el momento de la lesión del empleado:				

Empleo a tiempo parcial Información:	¿Hay otros trabajadores a tiempo parcial que realicen el mismo trabajo con el mismo horario? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuántos?	Número de empleados a **tiempo completo** que hacen el mismo tipo de trabajo:

INFORMACIÓN SOBRE LESIONES

Fecha de la lesión	Hora de la lesión ☐ a.m. ☐ p.m	Último día de trabajo	Fecha de notificación al empleador	☐ Fecha de reincorporación ☐ Fecha estimada de reincorporación

¿La lesión causó la muerte? ☐ Sí ☐ No	Fecha de la muerte	¿Se trata de una pérdida de tiempo u otra lesión indemnizable? ☐ Sí ☐ No	La lesión se produjo por: ☐ Abuso de sustancias ☐ Fallo en el uso de dispositivos de seguridad ☐ Fallo al obedecer las normas

¿El empleado fue atendido en una sala de emergencias? ☐ Sí ☐ No ¿El empleado pasó hospitalizado toda la noche? ☐ Sí ☐ No
Nombre y dirección del médico tratante y del hospital:
Número de caso del registro de la Administración de Seguridad y Salud en el Trabajo (Occupational Safety and Health Administration, OSHA):

Descripción de la lesión: indique las actividades del empleado cuando se produjo la lesión o enfermedad y qué herramientas, maquinaria, objetos, productos químicos, etc. se utilizaron.

¿Qué provocó esta lesión o enfermedad? (Indique cómo se produjo la lesión)

¿Cuál fue la lesión o enfermedad? (Indique la parte del cuerpo afectada y cómo se vio afectada)

Informe elaborado por	Número de teléfono del trabajo	Cargo	Fecha de la firma

ENVÍE EL INFORME INMEDIATAMENTE NO ESPERE EL INFORME MÉDICO

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADOR Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

El empleador deberá completar todas las secciones pertinentes de este formulario y presentarlo a la compañía de seguros de compensación a los trabajadores del empleador o al administrador de reclamaciones externo dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha de una lesión relacionada con el trabajo que cause incapacidad permanente o temporal que dé lugar a indemnización por tiempo perdido. La compañía de seguros del empleador o el administrador de reclamaciones externo pueden solicitar que este formulario se utilice también para informar inmediatamente cualquier lesión que requiera tratamiento médico, aunque no implique pérdida de tiempo de trabajo.

En el caso de cualquier lesión laboral que resulte en un **accidente mortal**, el empleador también deberá presentar este formulario directamente al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral **dentro de las 24 horas siguientes al accidente**.

El empleador exento de la obligación de asegurar en virtud de la sección 102.28 de los Estatutos de Wisconsin, y una compañía de seguros que administre las reclamaciones para un empleador asegurado están obligados a presentar este formulario al Departamento de Desarrollo de la Fuerza Laboral en un plazo de 14 días a partir de la fecha de la lesión laboral.

INFORMACIÓN OBLIGATORIA

Para poder administrar con exactitud las reclamaciones, deberá completarse cada una de las siguientes secciones de este formulario. El primer informe de lesiones se devolverá al remitente si no se facilita la información obligatoria.

Sección para los empleados: Suministre toda la información solicitada para identificar al empleado lesionado. Si el empleado tiene varias fechas de empleo, la "fecha de contratación" es aquella cuando el empleado fue contratado para el trabajo en el que se lesionó.

Sección para empleadores: Suministre toda la información solicitada para identificar al empleador del trabajador lesionado en el momento de la lesión. Indique el nombre y el número de identificación federal del empleador (FEIN) de la compañía de seguros o del empleador autoasegurado responsable por la indemnización al trabajador por esta lesión. Identifique también al administrador externo de reclamaciones, si procede.

Sección de información salarial: Suministre la información solicitada sobre el salario y las horas trabajadas por el empleado lesionado para el trabajo que realizaba en el momento de la lesión.

Sección de información de lesiones: Suministre información sobre la fecha y la hora de la lesión. Describa detalladamente la lesión, incluida la parte lesionada del cuerpo, la naturaleza específica de la lesión (fractura, esguince, conmoción cerebral, quemadura, etc.) y el uso de cualquier objeto o herramienta (sierra, escalera, vehículo, etc.) que pudo causar la lesión. Indique el nombre de la persona que prepara este informe y el número de teléfono en el que se le puede localizar, si se necesita información adicional. Este formulario está destinado a incluir la información que exige la OSHA en el formulario 301. Si se completa y conserva esta sección, el empleador no tendrá que completar el formulario 301 de la OSHA.