Direct Deposit (ACH) Authorization Form

Trabajador lesionado _____ Número de reclamo _____

Empleador _____ Fecha de lesión _____

Instrucciones: Para solicitar recibir sus beneficios mediante depósito directo, complete este formulario en su totalidad, adjunte una copia de un cheque anulado o una carta de su banco confirmando los detalles de la cuenta y haga una copia para sus registros.

Derechos del reclamante para el depósito directo:

- Este formulario es opcional. Puede optar por recibir sus beneficios de indemnización por accidente laboral o por fallecimiento mediante depósito directo o cheque por correo. Utilice este formulario para solicitar pagos por depósito directo.
- Puede cancelar el depósito directo en cualquier momento marcando la casilla correspondiente en este formulario y enviando el formulario completo al administrador de reclamaciones responsable de la reclamación de compensación laboral. La solicitud se procesará dentro de los cuarenta y cinco días posteriores a la recepción de la notificación, y posteriormente el pago de los beneficios se enviará mediante cheque.

Autorizaciones y entendimientos:

- Yo autorizo al administrador de reclamos a depositar directamente mis beneficios de indemnizacion por compensaciin laboral o beneficios por fallecimiento en la cuenta bancaria especificada.
- Yo autorizo al administrador de la reclamación a debitar la cuenta para recuperar cualquier crédito depositado por error. El administrador de la reclamación podrá recuperar los créditos depositados por error por cualquier medio legal. IMPORTANTE: Este consentimiento no autoriza al administrador de la reclamación a recuperar supuestos pagos excesivos de beneficios establecidos y otorgados.
- Yo entiendo que cualquier cambio en mi situación laboral puede afectar mi derecho a recibir beneficios.
- Yo entiendo que cualquier declaración falsa o falta de divulgación de un hecho material para obtener o aumentar mis beneficios puede resultar en un proceso penal, la descalificación de los beneficios y el reembolso de cualquier fondo depositado en mi cuenta.
- Yo entiendo que no notificar a la compañía de seguros, al empleador autoasegurado o al administrador externo (TPA) (administrador de reclamos) sobre cualquier cambio en la institución financiera o cuenta puede demorar la recepción de mis beneficios o el producto del acuerdo.
- Yo entiendo que para cambiar o cancelar el depósito directo de mis beneficios de indemnización por compensación laboral o beneficios por fallecimiento, necesito enviar este formulario al administrador de reclamos.
- Yo entiendo que tengo la obligación de notificar inmediatamente al administrador de reclamos si ya no tengo derecho a dichos pagos o si se producen cambios en las circunstancias que afecten mi derecho a dicho pago

Tipo ☐ Nueva inscripción ☐ Cambio ☐ Cancelar

Nombre del depositante/reclamante _____ Número de reclamo _____

Número de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Dirección _____

Tipo de cuenta ☐ De cheques ☐ Ahorros Nombre del banco/institución financiera _____

Número de ruta bancaria (ABA#) _____ Número de cuenta bancaria (formato EFT) _____

Banco Ciudad, Estado _____ $ o % of Deposito _____

CERTIFICACIÓN DEL DEPOSITANTE/RECLAMANTE/TITULAR DE CUENTA CONJUNTA: Certifico que tengo derecho a recibir los pagos de compensación o beneficios por fallecimiento subyacentes y que las circunstancias que me dan derecho a dichos beneficios o beneficios por fallecimiento no han cambiado.

Firma del depositante/reclamante _____ Fecha _____

Firma del titular de la cuenta conjunta _____ Fecha _____

Para su protección, la ley de Luisiana exige/ requiere que lo siguiente aparezca en este formulario:
Toda/cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, incurre en un delito y puede ser objeto de multas y reclusión en prisión.