

Vensure Employer Services, Inc se dedica a brindar el mejor servicio a nuestros clientes. El Departamento de Reclamos trabaja diligentemente con nuestras compañías de seguros para garantizar el manejo adecuado de reclamos y el mejor trato para los trabajadores lesionados. El fraude en la compensación de trabajadores es siempre una preocupación. Vensure trabajará con las compañías de seguros para investigar adecuadamente los reclamos sospechosos. Cualquier empleado que haga reportes falsos con el fin de obtener beneficios será sometido bajo las leyes judiciales.

El trámite adecuado de reclamos comienza por usted. Es necesario que todos los reclamos se presenten a Vensure en un plazo de 24 horas a partir del conocimiento del accidente, no importa la magnitud del mismo. En caso de lesión de compensación de los trabajadores, por favor, siga los procedimientos.

INFORMES DE LESIONES

1. Informe del Empleador Sobre Lesiones: Para ser llenado por un representante de la empresa y enviado por fax o por correo electrónico a Vensure dentro de 24 horas de una lesión o enfermedad.
2. Informe del Supervisor de la Lesión: Todos los supervisores deben tener acceso y conocer los procedimientos para completar este formulario y enviarlo a la persona adecuada.
3. Reporte de Lesión del Empleado: Todas las lesiones, no importa cuán pequeña la lesión, debe ser reportado por el empleado a su supervisor respectivo mediante este formulario.

El Informe de las formas de daño deberá ser completado y enviado inmediatamente a Vensure por correo electrónico o fax. Nuestro correo electrónico es: claims@vensure.com y nuestro número de fax es: 480-289-6220.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor no dude en llamar al departamento Vensure de Reclamos o Control de Pérdidas.

Correo electrónico de Reclamos:	claims@vensure.com
Fax de Reclamos:	480-289-6220
Departamento de Reclamos:	480-993-2650 opción 7 (para Workers' Compensation)
Control de Pérdidas:	480-993-2650 extensión 1313 o 1360

Reporte de Accidente del Empleador



COMPLETAR Y ENVIAR POR FAX O POR CORREO ELECTRÓNICO ESTE INFORME EN EL PLAZO DE 24 HORAS DESDE EL MOMENTO DEL ACCIDENTE.

2600 W. Geronimo Place, Suite 100, Chandler, AZ 85224 | Fax (480) 289-6220 | Toll Free (800) 409-8958

El supervisor designado debe notificar Vensure (en esta forma) de cada lesión o enfermedad sufrida por un empleado, que surjan de y en el curso del empleo..

Por favor, completar el formulario haciendo clic en el espacio y escriba la información apropiada en cada línea.

Empleado

Apellido: Primer Nombre: Inicial: Seguro Social:
Dirección: N.º de Apt: Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléfono: Fecha de Nacimiento: Departamento:

Historia de Reclamos

¿El empleado tiene reclamos anteriores? No Si. Si respondió "Sí", por favor proporcione detalles a continuación como la fecha de la lesión y el tipo de lesión.

Empleador

Current Employer: Vensure Employer Services, Inc. Nombre de la compañía:
Fecha de contrato:

Empresa

Dirección de la Oficina: Ciudad: Estado: Código Postal:
Teléfono: Fax: Tip de Negocio:

Accidente

Fecha de la Lesión: Hora de la Lesión: AM PM Fecha de Notificación al Empleador:
Último Día de Trabajo: Fecha Que Volvió al Trabajo: Código de Clase:
Título de Trabajo Cuando se Lesionó: Departamento:

¿Se le puede dar una posición mas ligera? No Si

Naturaleza de la Lesión: Parte del Cuerpo Lesionada: Dentro de la Empresa? No Si

¿La persona que se lesionó estuvo en el local de su cliente? No Si

Nombre / Dirección / Lugar del Accidente:

¿El empleado fue pagado por el día de la lesión? No Si Hora cuando comenzó a trabajar AM PM

Nombre del Hospital o Clínica: Teléfono: Ciudad:
Estado: Código Postal:

Si hay duda de la lesión o accidente, de la razón:

Causa del Accidente

¿Cómo resultó el accidente?

Especificar la máquina, herramientas, sustancias, objetos o los vínculos relacionados con el accidente:

¿Qué estaba haciendo el empleado cuando el accidente ocurrido?

Si otra persona que no trabaja por la empresa fue el causante del accidente, dar el nombre y la dirección:

Favor de mandar por fax al (480) 289-6220 o correo electrónico a claims@vensure.com

Reporte de el Supervisor en Caso de un Accident



Favor the llenar y entregar esta forma a uno mas tarde de 24 horas despues de el accidente.

Compañía: _____

Empleado Lastimado: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: No Si

El Accidente fue Reportado a: _____ Fecha Reportada: _____

¿Fue el empleado pagado por el día completo? No Si

¿Falto el empleado, al siguiente día de el accidente? No Si

Ultimo dia trabajado: _____ Hora(s): AM PM

¿Ha regresado el empleado a trabajar? No Si Fecha: _____

¿Estaba el empleado trabajando en sus asignaciones? No Si

Lugar donde paso el accidente: _____

¿Que hacía el empleado durante el accidente? _____

¿Como paso el accidente? _____

¿Con que objeto o substancia se lastimo el empleado? _____

Clase de lastimadura: _____ En que parte del cuerpo: _____

¿Que clase de tratamiento fue recibido? _____

¿Quién precenció durante el accidente? _____

¿Fue causado el accidente por alguíen mas? No Si Nombre: _____

¿Fue el accidente involucrado con trabajadores o maquinaria de otra compañía? No Si

¿Que reglas de prevencion fueron violadas? (Si hubo alguna)? _____

¿Es el trabajador un oficial, un companero, o un pariente de el jefe de el trabajo? No Si

Por favor, añade cualquier dato extra en la parte de atras de esta forma.

Nombre del Supervisor: _____ Fecha: _____

Firma de el Supervisor: _____

Favor de mandar por fax al (480) 289-6220 o correo electrónico a claims@vensure.com

Reporte de Herida o Enfermedad del Empleado



Por favor complete y envíe el reporte aun cuando sea una lesión leve.

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Seguro Social: _____ Teléfono: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección: _____ N.º de Apt: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Cargo: _____ Departamento: _____

El Accidente fue Reportado a: _____ Puesto: _____ Fecha Reportada: _____

Fecha de la Lesión: _____ Último Día Trabajo: _____ Fecha de Regreso al Trabajo: _____

¿Dónde estaba cuando se lesionó o lastimó?

¿Qué estaba haciendo cuando se lastimó, hirió o lesionó?

¿Cómo paso el accidente?

¿Qué objeto o substancia causó su herida lesión?

Tipo de lesión: _____ Parte del cuerpo: _____

Tipo de tratamiento recibido: _____

Testigos: _____

¿Fue la lesión causado por otra persona? No Si Nombre: _____

¿Fue el accidente involucrar empleados o maquinaria de otra compañía? No Si

¿Qué acciones fueron tomadas para prevenir que ocurran accidentes similares?

¿Ha hecho algún reclamo de compensación al trabajador en el último año? No Si

Cuando: _____

¿Ha tenido una lesión anterior en esta parte del cuerpo? No Si

Cuando: _____

Note: Any person who knowingly provides false, incomplete or misleading information to any party for the purpose of obtaining workers' compensation benefits is guilty of a felony and may be subject to imprisonment, fines and denial of insurance benefits.

Nombre del Empleado: _____ Fecha: _____

Firma del Empleado: _____

Favor de mandar por fax al (480) 289-6220 o correo electrónico a claims@vensure.com