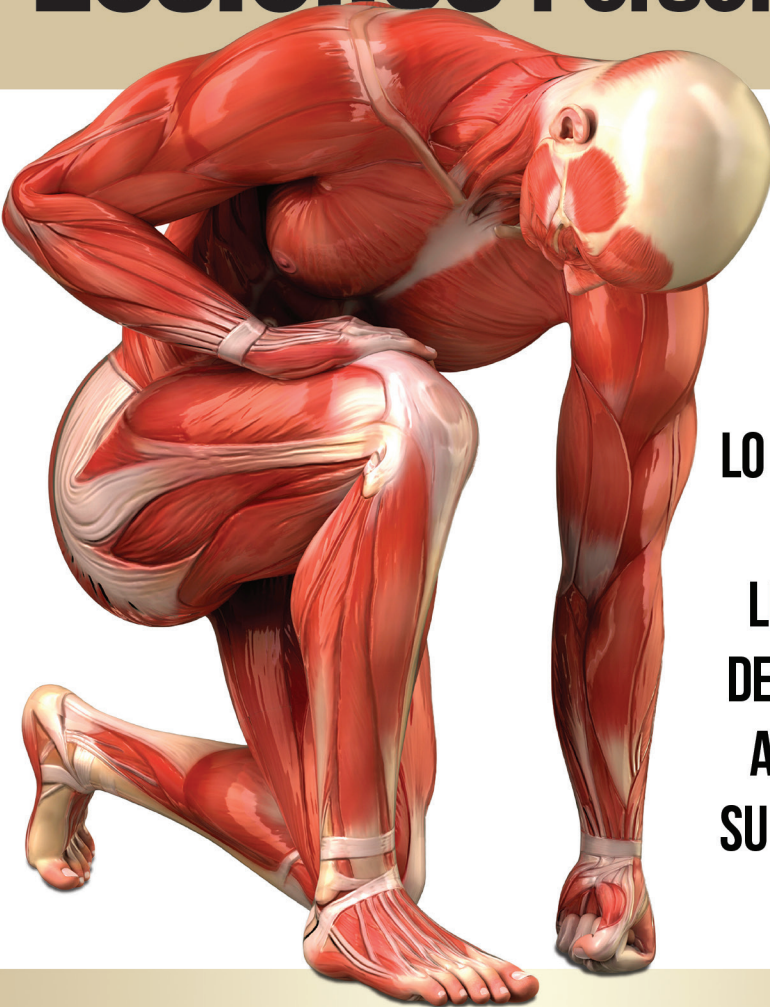


Anatomía de una Reclamación por Lesiones Personales



**LO QUE TODA
PERSONA
LESIONADA
DEBE SABER
ACERCA DE
SU RECLAMO**

**SU GUÍA DE RECLAMACIONES
POR LESIONES DE DELAWARE**

Anatomía de una **Reclamación** por **Lesiones Personales**

**LO QUE TODA PERSONA LESIONADA
DEBE SABER ACERCA DE SU RECLAMO**

El Grupo de Abogados de Morris James LLP
que Maneja Casos de Lesiones Personales

El contenido de este documento está destinado únicamente a brindar información general y no constituye asesoramiento legal, ni establece una relación abogado-cliente. No se realizan reclamos ni promesas, ni se dan garantías sobre la exactitud de la información contenida en este documento y la información está sujeta a cambios sin previo aviso. El asesoramiento legal debe adaptarse a las circunstancias específicas de cada caso y el contenido aquí provisto no debe utilizarse como sustituto del asesoramiento de un abogado competente.

Copyright ©2020 Morris James LLP

Todos los derechos reservados. No se puede reproducir ninguna parte de este libro, ni almacenarse en un sistema de recuperación, ni transmitirse por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, en forma de fotocopia, grabación o cualquier otra forma, sin el permiso escrito del autor.

Diseño de Portada y Composición por zinegraphics.com

INTRODUCCIÓN

El hecho de resultar herido en un accidente, ya sea automovilístico o en el lugar de trabajo, puede ser una experiencia aterradora, especialmente cuando otra persona es culpable de sus lesiones. Usted puede tener que sufrir las consecuencias de gastos médicos, salarios perdidos y otros gastos significativos, todo por culpa de la negligencia de otra persona. Afortunadamente, usted y su familia pueden tener derecho a reclamar una compensación económica tras su lesión.

En el Grupo de Morris James LLP que Maneja Casos de Lesiones Personales, nuestros abogados y el personal entienden lo difícil que puede ser vivir con una lesión. Es por eso que junto a nuestro grupo nos hemos dedicado a proteger a nuestros clientes y a asegurarnos de que tanto ellos como sus familias reciban un trato y una compensación equitativos. Se considera una “demanda por lesiones personales” a cualquier tipo de accidente que produzca lesiones o la muerte, causado por la negligencia de otra persona. Los tipos de reclamaciones por lesiones personales más comunes se deben a:

- Accidentes Automovilísticos;
- Accidentes de Motocicleta;
- Accidentes de Camiones;
- Accidentes Relacionados con el Trabajo;
- Accidentes por Resbalones y Caídas en una Propiedad Comercial;
- Mordidas de Perro
- Casos que Involucran Productos Defectuosos.

A pesar de que los abogados del Grupo de Morris James LLP que Maneja Casos de Lesiones Personales representan a clientes lesionados en todos los tipos de casos mencionados anteriormente, esta guía se centra en accidentes automovilísticos y accidentes relacionados con el trabajo.

Si usted ha resultado herido en un accidente, nos gustaría hablar con usted sobre su caso. Para saber más sobre cómo podemos ayudarlo, visite el sitio web del Grupo que Maneja Lesiones Personales en:

depersonalinjury.com

Somos parte de un bufete de abogados multidisciplinario, con más de 70 abogados y oficinas situadas en los tres condados de Delaware. Si desea obtener más información sobre los servicios que prestan nuestros abogados, por favor visite el sitio web del bufete en:

morrisjames.com

TABLA DE CONTENIDOS

Introducción	V
Sección Uno: Anatomía de una Reclamación por Lesiones Causadas por un Vehículo Motorizado	1
¿De Quién Es La Culpa?	2
¿Qué Sucede Con Mi Automóvil?	3
¿Quién Pagará Mis Gastos Médicos y Se Hará Cargo de Mis Salarios Perdidos?	6
Mi Accidente Lo Causó Alguien Sin Seguro	12
¿Qué Son Los “Daños y Perjuicios”, y ¿Qué Sucede Si Hay una Muerte como Consecuencia de Este Accidente?	14
¿Qué Significa “Valor del Caso” y De Qué Forma Afecta Mi Caso?	17
¿Qué Sigue?	21
Sección Dos: Anatomía de una Reclamación por Beneficios de Compensación al Trabajador	23
¿Qué son los Beneficios de Compensación al Trabajador?	25
¿Cómo Se Me Pagan Los Salarios Perdidos?	26
¿Quién Pagará Mis Gastos Médicos?	30
¿Qué Sucede Si Quedo Discapacitado o Desfigurado de Forma Permanente?	33
¿Qué Otros Beneficios Ofrece La Compensación al Trabajador?	35
¿Qué Sucede Si No Estoy de Acuerdo Con la Oferta de Conciliación de Mi Empleador?	37
Elementos de una Reclamación por Beneficios de Compensación al Trabajador	39
Lo Que Debe Saber Sobre el Estatuto de Limitaciones	40
Sección Tres: ¿Necesito un abogado para manejar mi reclamación por Lesiones?	43

ANATOMÍA DE UNA RECLAMACIÓN POR LESIONES CAUSADAS POR UN VEHÍCULO MOTORIZADO

Usted ha resultado herido en un accidente que involucra a un vehículo motorizado causado por Charlie Descuidado. Usted estaba parado en un semáforo en rojo, con su auto asegurado en Delaware, cuando Charlie chocó su vehículo por detrás. Lo llevaron al hospital, donde recibió atención médica. Aún siente dolor. Su auto está dañado, y el médico le ha dicho que no puede trabajar. La paz y el orden en su vida ahora se ven perturbados. ¿Qué hace usted?

Los abogados y el personal del Grupo de Morris James que Maneja Lesiones Personales escuchan historias trágicas como esta todos los días.

Lista de Verificación de un Accidente Automovilístico

1. Llame al 911 para informar sobre el accidente. Ellos estarán en contacto con el SEM en caso de que sea necesario y enviarán un oficial para ayudarlo a completar los informes necesarios;
2. Obtenga información relevante del otro conductor. Esto puede incluir su número de matrícula, información del seguro e información de contacto;
3. Identifique a los testigos y pídeles su información de contacto;
4. Tome fotografías de todos los automóviles involucrados y de la escena del accidente; y
5. Póngase en contacto con un abogado experto especializado en accidentes automovilísticos.

¿DE QUIÉN ES LA CULPA?

En nuestra vida cotidiana, cada uno de nosotros es responsable de actuar con cuidado para no dañar a los demás. Si no se tiene un cuidado razonable, se lesiona a otro y, en el mundo jurídico, eso se conoce como “negligencia”. Ser negligente significa ser legalmente “responsable” por lesionar a otro. Si usted resulta lesionado como consecuencia de la conducta negligente de otra persona, puede tener derecho a una indemnización. ¿Qué sucede si usted es negligente en cierta medida? Por ejemplo, ¿qué pasa si usted es el conductor de un vehículo motorizado que se ve involucrado en un choque con otro vehículo motorizado, y no está claro qué conductor tenía derecho de paso? La culpa debe repartirse proporcionalmente entre los

conductores. En Delaware, si sus acciones constituyen más del 50% de la culpa, usted no será indemnizado. Si su porcentaje de culpa representa el 50% de la culpa total o menos, usted puede recibir una compensación, pero su indemnización se reducirá según su porcentaje de culpa.

¿QUÉ PASA CON MI AUTOMÓVIL?

Si bien las lesiones representan la principal preocupación de cualquier persona luego de un accidente, una de las preguntas que inmediatamente vienen a la mente de cualquiera es “¿qué pasa con el automóvil?” Luego de un accidente, usted puede presentar una demanda por daños a la propiedad. La misma puede incluir daños al automóvil y a elementos en el interior del mismo. Se puede presentar el reclamo ante su compañía de seguros (si usted posee cobertura de colisión) o ante la compañía de seguros de la parte responsable. Sin importar qué compañía de seguros maneje el reclamo, la misma realizará una estimación de los daños de su automóvil. Por lo general, si la estimación de la reparación representa el 80% del valor total del automóvil o menos, se realizarán las reparaciones necesarias.

Mientras el auto se esté reparando, usted tiene derecho a un automóvil rentado si la opción de cobertura de renta está disponible. Si su póliza tiene cobertura de renta, normalmente la misma se limita a aproximadamente \$25 por día durante 30 días. Con \$25 por día, a menudo es difícil encontrar un vehículo

similar al que usted conducía. Sin embargo, si la compañía de seguros que se ocupa de su reclamo es la del conductor culpable (el “responsable”), la misma está obligada a proporcionar un vehículo de alquiler similar al automóvil que usted tenía.

Además de pagar el alquiler, el responsable está obligado a hacerse cargo del costo del remolque desde la escena del accidente y de los costos de almacenamiento por un período de tiempo razonable.

Reclamo de Valor Disminuido

Una vez que el automóvil se ha reparado, a menudo nos enfrentamos a la cuestión de si existe un reclamo, ya que el valor del automóvil ha disminuido por haber estado en un accidente. Esto se conoce como un reclamo de valor disminuido. Sin embargo, a menos que usted tenga planeada la venta o permuta de su vehículo reparado en un futuro inmediato, el reclamo de valor disminuido es muy difícil de comprobar. En caso de querer realizar este reclamo, se requiere el testimonio experto de una persona familiarizada con el valor de los vehículos.

Si usted vende su vehículo inmediatamente luego de haberlo reparado, un experto puede determinar el valor de su pérdida de forma fácil y precisa. Por otro lado, si usted planea quedarse con su vehículo reparado en el futuro previsible, la pérdida de su valor se vuelve muy especulativa.

Por ejemplo, si hoy el valor disminuido de su vehículo es de \$4,000.00, dentro de 3 años será significativamente menor y, tal vez en 5 ó 10 años, igual a cero. La realidad

es que, para ser exitoso, un reclamo de valor disminuido requiere que usted primero venda o permute su vehículo. Por supuesto, esto debe realizarse dentro del plazo legal aplicable conocido como “estatuto de limitaciones”. En caso de no cumplir con el plazo, el reclamo no tiene validez. La mejor manera de evitar esta situación es consultar a un abogado.

¡ALERTA!

Si no se cumple con el plazo el reclamo no tiene validez.

Reclamación por Pérdida Total

¿Qué sucede si el costo de reparación de su automóvil es superior al 80% del valor del mismo? A esta situación se la denomina reclamación por pérdida total. Cuando el automóvil se encuentra en estado de pérdida total, usted tiene derecho al valor de mercado razonable del automóvil en el momento de la pérdida. El valor de mercado razonable del automóvil se determina por el valor de ventas realizadas de coches similares en el mercado abierto. **Kelley Blue Book** y **National Automobile Dealers Association (NADA)** son referencias útiles para ayudar a determinar el valor razonable de mercado. Estas referencias se pueden encontrar en internet. Ciertas cuestiones como cuánto debe por su auto y, en menor medida, si se realizaron reparaciones recientes, no son factores que se consideren para determinar el valor razonable de mercado.

Si se da la pérdida total del automóvil, usted tiene la opción de quedarse con él o de que la compañía de seguros lo deseche. Si opta por quedarse con el automóvil, se emitirá un título de salvamento y se

reducirá el valor de la pérdida total de su automóvil por el valor residual del mismo.

¿Qué es el Seguro Gap?

Una de las circunstancias más desesperantes es cuando se considera que hay pérdida total de su automóvil y el monto que se adeuda por el automóvil es mayor al valor razonable de mercado del mismo. El valor total de la pérdida se paga directamente a la entidad financiera. Usted se queda sin automóvil y aún debe dinero por su auto, el cual ahora se encuentra destrozado y en el depósito de chatarra. Es como agregar sal a la herida. Esta situación se puede evitar si se adquiere el seguro Gap al comprar un vehículo. El seguro Gap literalmente cubrirá la “brecha” que exista entre el valor razonable de mercado de su vehículo y la cantidad adeudada a la entidad financiera.

¿QUIÉN PAGARÁ MIS GASTOS MÉDICOS Y SE HARÁ CARGO DE MIS SALARIOS PERDIDOS?

Las cuentas médicas y los salarios perdidos como resultado de lesiones causadas por un accidente pueden ser significativos. Cuando usted sufre un accidente automovilístico en un vehículo asegurado en Delaware, el seguro del automóvil que posee es el que cubre sus gastos médicos y su pérdida de salarios - independientemente de qué conductor sea culpable. Esta cobertura se conoce como **Seguro de Protección contra Lesiones Personales (PIP, por sus siglas en inglés)** , y también como cobertura “sin culpa”.

La Cobertura PIP

Cada vehículo motorizado registrado en Delaware debe tener la cobertura PIP. La ley de Delaware requiere que cada vehículo tenga una cobertura mínima de \$15,000 por persona y de \$30,000 por accidente. Se permiten sumas más elevadas. Se le recomienda que adquiera la cobertura PIP más elevada que pueda pagar. Por lo general, no suele ser muy cara y el hecho de saber que tiene una cobertura suficiente para sus gastos médicos y sus salarios perdidos puede brindarle cierta tranquilidad. En caso de que los gastos médicos y salarios superen la cobertura PIP disponible, las facturas y los salarios excedentes se pueden obtener de la compañía aseguradora de la persona culpable en caso de que haya suficientes límites de cobertura de responsabilidad civil.

La cobertura PIP rige para todos los ocupantes de un automóvil. También rige en general para cualquier pariente que resida en su hogar y se vea involucrado en un accidente en un automóvil que no tenga cobertura sin culpa o que no tenga cobertura suficiente. Si usted es un peatón o está en una bicicleta y es atropellado por un automóvil, usted tiene derecho a la cobertura PIP del vehículo que lo choque.

Una reclamación PIP comienza pidiéndole a la compañía de seguros que provee la PIP que le envíe una solicitud de PIP. Deben enviarle la solicitud en un plazo de diez días. Una vez que haya completado la solicitud, debe enviarla de vuelta a la compañía inmediatamente.

¡ALERTA!

Se le recomienda que adquiera la cobertura PIP más elevada que pueda pagar.

No se pagarán facturas ni salarios hasta que la compañía aseguradora reciba la solicitud de la PIP.

Plazos

Si bien la ley de Delaware ofrece un período de 3 años para disputar la denegación de beneficios de la cobertura PIP, existe un plazo más crítico a tener en

¡ALERTA!

El hecho de no cumplir con el plazo general de 27 meses sería letal para la Reclamación de su PIP.

cuenta. Todas las facturas médicas y solicitudes en relación con la pérdida del salario se deben presentar ante la compañía aseguradora de la cobertura PIP en un período de 2 años, contando desde la fecha de su accidente. Existe un período de gracia de 3 meses luego del período de 2 años provisto para presentar los gastos médicos y salarios perdidos cuya presentación dentro del plazo de 2 años haya sido “impráctica”.

El hecho de no cumplir con el plazo general de 27 meses sería letal para la Reclamación de su PIP.

Salarios Perdidos

Si se está realizando una reclamación de salarios como resultado de un accidente automovilístico, la compañía aseguradora de la cobertura PIP le requerirá presentar una Ficha de Discapacidad firmada por un médico, y un Formulario de Verificación de Salarios firmado por el empleador. El Formulario de Verificación de Salarios verifica su empleo, su historial salarial y el hecho de que se encontraba trabajando en el momento del accidente.

En el cálculo de sus salarios, usted tiene derecho a sus ganancias “netas” perdidas (el dinero que se lleva a

casa). Si usted gana sumas de dinero diferentes en cada período de pago, la compañía de seguros calculará sus ganancias netas promedio (normalmente un promedio de 3 meses). Si usted es un trabajador autónomo, la situación es más complicada y usted puede verse obligado a suministrar información financiera más detallada, incluyendo las declaraciones de impuestos.

Si usted está cubierto por un plan de discapacidad que le paga salarios mientras usted está fuera del trabajo debido a sus lesiones, **no puede tener derecho a salarios provistos por la cobertura PIP.**

Si su empleador le ofrece el plan de discapacidad sin cargo, normalmente la PIP reduce el monto del pago según el pago del plan de discapacidad. En caso de que usted haya pagado parte de la prima del plan de discapacidad, puede recuperar los pagos por discapacidad y los salarios de la PIP. Sin embargo, el proveedor del plan de discapacidad puede tener derecho a cobrar sus pagos de cualquier dinero que usted reciba de la parte culpable luego de que se resuelva su reclamo. Si este es el caso, tendrá que idear la mejor estrategia posible junto a su abogado.

¡ALERTA!

La compañía de seguros de incapacidad puede reclamar una parte de sus fondos de liquidación.

Gastos Médicos

La cobertura PIP cubre todos los gastos médicos relacionados con el accidente y en los que se haya incurrido dentro de los dos años posteriores a la fecha del accidente. La PIP no requiere pre-certificación ni referencias de su médico de cabecera. Usted es libre de acudir a cualquier

médico que elija. La compañía de seguros debe continuar pagando las cuentas hasta que se cumplan los dos años o hasta que tenga respaldo médico que indique que ya no es necesario continuar con el tratamiento, o que el tratamiento no está relacionado con el accidente. (Vea la sección **Objeción del IME** abajo). La PIP puede tener la obligación de pagar los gastos médicos y los salarios perdidos relacionados con procedimientos quirúrgicos o dentales que se produzcan después de los dos años contados desde la fecha del accidente. Sin embargo, para extender el período de beneficios para los procedimientos quirúrgicos y dentales, un médico debe escribir una carta especial, la cual se le debe entregar a la compañía de seguros proveedora de la PIP antes de que se cumplan los dos años del accidente.

Objeción del IME

Su compañía de seguros puede poner en duda su derecho a la cobertura que incluye el pago de los gastos médicos

¡ALERTA!

El médico de la compañía de seguros y su médico a menudo estarán en desacuerdo acerca de la gravedad de sus lesiones y la necesidad de tratamiento.

y del monto de los salarios perdidos, y por lo tanto enviarlo al médico de la compañía para que le realice un examen. El propósito del **examen médico de la compañía de seguros** (a veces conocido como **IME**, por sus siglas en inglés) es determinar si su tratamiento médico es razonable y necesario, y si se encuentra relacionado con lesiones causadas por el accidente. Si se ha considerado que usted se encuentra incapacitado para trabajar, el médico que realice el IME también evaluará si su incapacidad es razonable y necesaria, y si se encuentra

relacionada con lesiones causadas por el accidente. El médico que realice el IME elaborará un informe. Muchas veces el informe del IME llega a la conclusión de que el tratamiento no es necesario y considera que usted puede regresar a trabajar perfectamente. A menudo esto contradice de forma directa la opinión y las recomendaciones de su médico de cabecera. Bajo estas circunstancias, la compañía aseguradora que provee la cobertura PIP pondrá fin a los beneficios. Normalmente recomendamos a nuestros clientes que sigan el consejo de su médico. Una vez que su médico le haya dado el alta al finalizar el tratamiento, nos dedicaremos a intentar conseguir que la compañía de seguros que provee la PIP se haga cargo de los gastos médicos o los salarios perdidos

Reclamación por Accidente No Automovilístico

Si su reclamación se debe a un accidente no automovilístico (por ejemplo, un resbalón seguido de una caída debido a una condición peligrosa), los gastos médicos y los salarios perdidos se manejan de manera diferente. Cualquier beneficio salarial tendrá que venir de su empleo (es decir, los beneficios por incapacidad, las vacaciones, y/o el tiempo de licencia por enfermedad). Su compañía de seguros de salud privada cubrirá los gastos médicos. En la medida en que el seguro de salud privado pague beneficios, buscará recuperar su dinero y para eso intentará obtenerlo de cualquier acuerdo que usted realice con cualquier parte responsable. A esto se lo denomina derecho de subrogación y está incluido en casi todas las pólizas de seguro médico.

A veces, el propietario de un local comercial tiene una póliza de seguro con una disposición de pago de facturas médicas (MedPay). Si existe esa cobertura, su abogado puede investigar cómo acceder a la misma.

impagos (si es necesario, a través de un litigio). Si el asunto se maneja adecuadamente, se logra una resolución favorable en cuanto a las facturas médicas y los salarios perdidos pendientes con la compañía de la PIP.

Servicios Sustitutos

La cobertura de la PIP también proporciona beneficios para servicios sustitutos. Los servicios sustitutos incluyen los importes usted abone por servicios que ya no pueda realizar debido a sus lesiones. Los servicios sustitutos dependen de que: 1) Un médico le escriba una nota de incapacidad que limite sus actividades; y 2) Existan recibos que demuestren el pago de los servicios. Los ejemplos más comunes de servicios sustitutos incluyen trabajos de jardinería y la limpieza de la casa.

MI ACCIDENTE FUE CAUSADO POR ALGUIEN SIN SEGURO

Usted resulta herido en un accidente automovilístico que no fue su culpa, y descubre que el conductor culpable no tiene seguro. ¿Piensa que esto no tiene solución? No necesariamente. Si la cobertura contra conductores sin seguro está disponible, tendrá derecho a reclamar.

Bajo la Ley de Delaware, la cobertura contra conductores sin seguro aplica en cuatro situaciones:

1. El conductor culpable no tiene seguro de responsabilidad civil;
2. La compañía de seguros del conductor culpable es insolvente;

3. La compañía de seguros del conductor culpable niega la cobertura; o
4. El accidente fue causado por un conductor que se ha dado a la fuga.

La cobertura contra conductores sin seguro aplica cuando el valor de sus lesiones es mayor que la suma cubierta por el seguro de la persona culpable.

En Delaware, una compañía de seguros debe ofrecer una cobertura apropiada contra conductores sin seguro o con un seguro de cobertura insuficiente por un monto igual al de la cobertura de responsabilidad civil que usted posee. Si la aseguradora no ha podido hacer una oferta adecuada, la cobertura insuficiente del seguro se puede incrementar aún después del accidente. Un abogado de Delaware con experiencia en lesiones personales trabajará en este tema, y tomará las medidas adecuadas para “reformular” la cobertura de su seguro de automóvil de modo tal que sea por una cantidad mayor. A veces es necesario presentar una demanda contra su compañía de seguros para lograr este objetivo. Este procedimiento se conoce como una acción de reforma.

¡ALERTA!

A veces es necesario presentar una demanda contra su compañía de seguros.

¿QUÉ SON LOS “DAÑOS Y PERJUICIOS”, Y ¿QUÉ SUCEDE SE PRODUCE UNA MUERTE COMO CONSECUENCIA DE ESTE ACCIDENTE?

Normalmente se hace referencia al dinero que se le paga a cualquier persona lesionada (o dañada) en un accidente como dinero en concepto de “**daños y perjuicios**”. Un accidente de tráfico a menudo resulta en diversas formas de daño a una persona. Su reclamación por daños y perjuicios puede incluir algunos de los siguientes tipos de daños, o todos ellos:

1. Gastos médicos anteriores (en los casos de vehículos motorizados, se excluye cualquier monto a pagar por la PIP);
2. Gastos médicos futuros (esto requiere que un médico detalle específicamente qué tratamiento se necesita y cuánto va a costar);
3. Salarios perdidos anteriores (en los casos de vehículos motorizados, se excluye cualquier monto a pagar por la PIP);
4. Salarios perdidos futuros (esto requerirá el testimonio de expertos médicos, junto con el testimonio de un experto profesional);
5. El dolor y el sufrimiento pasados y futuros, lo cual incluye la angustia mental; y
6. La discapacidad permanente.

Coordinación de Beneficios del Seguro

Una persona lesionada en un accidente automovilístico a menudo se enfrenta a la pérdida inmediata de ingresos y a gastos médicos. Es importante reunir toda la información con respecto a las fuentes de seguros potenciales para el pago de gastos médicos y salarios perdidos. Usualmente, la cobertura del seguro puede provenir de fuentes inesperadas que usted puede desconocer. Para coordinar todos los beneficios de seguro disponibles, es necesario hacer las siguientes preguntas:

1. ¿Qué compañía de seguros cubre el automóvil en el que se encontraba en el momento del accidente? (Estamos tratando de determinar el monto de la PIP y la cobertura del conductor sin seguro o con seguro insuficiente a su disposición para tratar este caso de accidente);
2. ¿Está usted empleado? y, si es así, ¿su empleador le proporciona un seguro de discapacidad a corto y/o largo plazo y, de ser así, ¿quién paga la prima? (Estamos tratando de determinar si tiene derecho a los salarios perdidos bajo la PIP o bajo cualquier plan de discapacidad patrocinado por el empleador). Si usted tiene disponible el seguro de discapacidad a corto y a largo plazo, puede obtener tanto la cobertura PIP como los beneficios por incapacidad, dependiendo de quién pague la prima para el seguro de incapacidad a corto/largo plazo;
3. ¿Es usted (o cualquier pariente con el que viva) el propietario de algún auto que no esté implicado en el accidente que tenga seguro de Delaware? (Estamos tratando de determinar si existe una cobertura PIP adicional o una cobertura de conductor sin seguro o con seguro insuficiente a su disposición con respecto a esta pérdida);

4. ¿Tiene un seguro de salud privado? (Estamos tratando de determinar si existe otra fuente de pago para los gastos médicos además de la PIP y qué reglas se deben seguir para el cuidado). En el caso de accidentes automovilísticos, algunos médicos se niegan a presentar las facturas médicas a un seguro de salud privado. En cambio, exigen que el pago de las facturas médicas salga del monto de su liquidación; y
5. ¿Estaba dirigiéndose al trabajo o desempeñando actividades laborales cuando ocurrió el accidente automovilístico? (Estamos tratando de determinar si tiene derecho a los beneficios de compensación al trabajador).

Cuando una persona pierde la vida como consecuencia de la negligencia de otra persona, la ley permite la presentación de una **demanda de muerte por negligencia u homicidio culposo**. La demanda posee dos partes. A la primera parte se la llama acción de “supervivencia”. Esta es una acción que permite a los herederos presentar una demanda por el dolor y el sufrimiento de la persona fallecida (pero sólo si la persona fue consciente del dolor y sufrimiento), los gastos médicos, los salarios perdidos, y los gastos funerarios. Los daños y perjuicios pagados se distribuirán entre los beneficiarios de la herencia. La segunda parte de la demanda se presenta bajo el Estatuto de Homicidio Culposo de Delaware. Este estatuto permite que ciertos miembros de la familia del difunto reciban una indemnización.

El Estatuto de Homicidio Culposo permite que un jurado considere los siguientes elementos de daños y perjuicios:

1. La disminución del valor de la masa hereditaria del difunto a causa de su muerte prematura;
2. La pérdida de contribución financiera;
3. La pérdida de contribución familiar, material y en el hogar;
4. Gastos funerarios razonables que no excedan los \$7,000; y
5. La angustia mental de los familiares que califiquen.

¿QUÉ SIGNIFICA “VALOR DEL CASO” Y CÓMO AFECTA A MI CASO?

El valor de cualquier tipo de caso de lesiones personales implica una variedad de factores, entre ellos: el tipo de lesión; la frecuencia de tratamiento; la duración de las consecuencias de la lesión (¿existen consecuencias permanentes?); el impacto en las actividades de la vida diaria de la persona lesionada; el historial médico previo de la persona lesionada; y si en este caso se pueden reclamar los gastos médicos y salarios perdidos. Teniendo en cuenta todos estos factores, las partes determinan el valor total de un caso basándose en lo que han otorgado los jurados en casos similares anteriores.

Los resultados de la deliberación del jurado a menudo son imprevisibles. En Delaware, nadie puede sugerirle a un jurado el valor de un caso. A los jurados únicamente se los instruye para que utilicen su sentido común y lleguen a un indemnización justa. Con poca orientación, se requiere que los miembros del jurado de Delaware determinen

el valor de un caso particular. En consecuencia, los veredictos de casos de tipo similar pueden variar considerablemente. En el jurado, de 12 miembros, debe haber unanimidad. Cada miembro del jurado aporta sus propios sesgos y prejuicios a la decisión, lo que contribuye a que no se pueda prever cuál será el fallo.

Para que en un caso se llegue a un acuerdo, se debe conocer la totalidad de la información crítica. Generalmente, es necesario obtener un informe médico final del médico que le brinda tratamiento. Por lo general, un médico no es capaz de escribir un informe final hasta que transcurran, por lo menos, 10 ó 12 meses de la fecha del accidente. Una vez que se obtiene toda la información, se envía el material a la compañía de seguros.

Luego de que el liquidador asignado haya revisado todo, las partes comienzan con las conversaciones conciliatorias para tratar de resolver el caso. Si el caso se puede solucionar mediante negociaciones, se le pedirá a usted que firme un documento conocido como “Exoneración” (renunciando iniciar toda posible acción legal contra la parte culpable) a cambio de un cheque de la compañía de seguros. Si el caso no se puede resolver, se procede a un litigio.

El Proceso de Litigio

Presentación de una Demanda: Si su caso por lesiones personales no se puede resolver a través de un acuerdo voluntario, su abogado debe estar preparado para presentar una demanda por lesiones personales y proceder a un juicio ante un jurado, en caso de ser necesario, para lograr un resultado justo y razonable para usted. Una demanda se inicia mediante la presentación

de una Denuncia. La Denuncia es un documento que describe brevemente el accidente y sus lesiones y notifica a la persona y/o empresa culpable de los tipos de daños a los que usted apunta. Debe presentarse ante el Tribunal dentro de los dos años posteriores a la fecha del accidente. Se conoce a la parte que presenta la Demanda como el “Demandante”.

Luego de presentar la Demanda, ésta debe entregarse a la parte culpable (conocida como el “Acusado o Demandado”). Se conoce al acto de entrega de la denuncia como “emplazamiento”. Por lo general, esto lo hace el sheriff o una persona designada especialmente para entregar emplazamientos. Una vez se haya notificado al demandado, la compañía de seguros del demandado contratará a un abogado que, en respuesta a la Demanda, presentará un documento conocido como la Defensa.

Junto con la presentación de la Defensa, la compañía de seguros debe revelar el monto de la cobertura del seguro disponible para el acusado. Adicionalmente, en el momento de la presentación de la Defensa, el abogado defensor solicitará que la parte perjudicada firme una autorización para permitirle obtener sus registros médicos actuales y anteriores, así como los registros de empleo. El abogado de la defensa también tiene derecho a solicitar que un médico elegido por la compañía de seguros del demandado examine al demandante.

Intercambio de Pruebas: En este punto, el caso está en la fase de exhibición obligatoria de pruebas. Al comenzar esta etapa, se espera que usted asista a su abogado respondiendo a preguntas escritas (los llamados interrogatorios). Adicionalmente, se le pedirá que dé una declaración. Una declaración es un

procedimiento en el cual el abogado del demandado le hace preguntas sobre el caso. Su abogado lo preparará para su declaración y asistirá a la misma con usted. Normalmente, usted declarará en la oficina del abogado defensor. En algún momento, durante o luego del proceso de intercambio de pruebas, las partes usualmente asisten a una audiencia de mediación.

Fase de Conciliación o Mediación: La mediación es un procedimiento que se utiliza para tratar de resolver los casos. En la mediación, ambas partes se reúnen con un mediador (generalmente un abogado o un ex juez) para tratar de llegar a un acuerdo sobre el caso. Antes de la mediación, cada parte presenta al mediador una declaración confidencial. La declaración confidencial describe el caso y las cuestiones involucradas en él.

El mediador inicia la sesión con todas las partes presentes. Durante esta sesión conjunta, el mediador explicará las reglas básicas que incluirán la firma de un acuerdo de confidencialidad por parte de cada participante. El mediador hará preguntas a ambas partes. Al término de la sesión conjunta, el mediador separará a las partes. En este punto, el mediador se encargará de la comunicación entre las partes, transmitiendo las ofertas y demandas de compensación hasta que el caso se resuelva o hasta llegar a la conclusión de que las partes no pueden llegar a un acuerdo voluntario.

La mediación requiere el compromiso de ambas partes. Requiere que cada parte determine si está dispuesta a proceder a un juicio ante un jurado y a qué costo.

Juicio ante un Jurado: Un caso por lesiones personales puede dirimirse en cualquier momento del proceso de

litigio. Sin embargo, si no se resuelve, el caso terminará ante un jurado. Generalmente, un juicio ante un jurado dura de dos a cinco días. Usted y sus médicos declararán junto con los testigos de la defensa y los médicos de la defensa. En virtud del Reglamento de Pruebas de Delaware, los miembros del jurado reciben muy poca orientación sobre cómo indemnizar a la persona afectada por lesiones. No se permite sugerirle al jurado una cifra en dólares, ni tampoco podrán revelarse ofertas que se hayan hecho en el pasado para llegar a un acuerdo. Sin ningún tipo de orientación real, se le indica al jurado que use su sentido común y tome una decisión justa.

Llevar el caso ante un jurado es una propuesta muy costosa. Dependiendo del resultado, algunos gastos se pueden recuperar si la otra parte se hace cargo de los mismos. En ciertos casos limitados, al monto de la sentencia a su favor se le pueden sumar intereses.

¿QUÉ SIGUE?

Si usted está leyendo esta guía porque se lesionó en un accidente automovilístico, habrá obtenido información importante y podrá manejar el caso de su accidente con confianza. Es muy recomendable que vaya a la Sección Tres, que aborda la siguiente cuestión muy importante “¿Necesito un abogado para manejar mi reclamación por lesiones?” No siempre es necesario contratar a un abogado. Sin embargo, la mayoría de las veces, tener a un abogado de su lado es la mejor manera de asegurarse de recibir un trato justo a lo largo de un proceso confuso y a veces complicado.

ANATOMÍA DE UNA RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Usted acaba de sufrir una lesión en el trabajo. Levantaba a un paciente para moverlo de una camilla a su silla de ruedas cuando sintió un estallido y un dolor insoportable en el cuello, junto con una sensación de hormigueo que se extendía hacia su brazo derecho y su mano derecha. Su supervisor redactó un informe del incidente y llamó a una ambulancia para que lo llevara al hospital donde fue atendido y dado de alta. Aún siente dolor. El médico de la sala de emergencia ha dicho que no puede trabajar. La paz y el orden en su vida ahora se ven perturbados. ¿Qué hace usted?

Lista de Verificación de un Accidente para la Compensación al Trabajador:

1. Notifique inmediatamente al empleador por escrito sobre la lesión o enfermedad laboral y solicite servicios médicos. La falta de notificación o el rechazo de la prestación de servicios médicos puede privarlo del derecho a una compensación;
2. Informe al empleador, ya sea directamente o a través de un supervisor, sobre cualquier reclamación de compensación por el período de incapacidad a partir del tercer día luego del accidente. En el caso de los accidentes mortales, debe dar aviso un familiar, dependiente o representante personal del difunto;
3. Si no se llega a un acuerdo con el empleador sobre la compensación, presente una solicitud ante la Oficina de Compensación a los Trabajadores para conseguir una audiencia ante la Junta de Accidentes Industriales para abordar los asuntos en cuestión dentro de los dos años siguientes a la fecha de la lesión laboral (o dentro de un período de un año contando desde la fecha en la que se haya diagnosticado una enfermedad profesional o una lesión de radiación ionizante); y
4. Póngase en contacto con un abogado experto especializado en accidentes relacionados con el trabajo.

Nos cuentan historias similares todos los días. Gestionar un caso de compensación del trabajador puede ser muy difícil si usted no está bien informado sobre los beneficios y protección únicos y específicos del trabajador, disponibles bajo la **Ley de Compensación a los Trabajadores de Delaware**.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR?

La compensación al trabajador es un sistema, creado por la legislatura de Delaware, que por ley automáticamente se ha convertido en parte de su contrato de empleo y proporciona beneficios a los trabajadores que se lesionan durante el trabajo. Los empleadores que tengan uno o más empleados están obligados a tener un seguro de compensación al trabajador. El estatuto de compensación a los trabajadores prohíbe a un empleador despedir o discriminar a un empleado por presentar un reclamo de beneficios.

La Ley de Compensación a los Trabajadores de Delaware proporciona protecciones y beneficios significativos para el trabajador lesionado. Sin embargo, como con cualquier ley, sacar este proceso adelante puede ser muy complicado. También resulta un proceso conflictivo poner al trabajador lesionado que necesita los beneficios en contra de la compañía de seguros que se encarga de compensar a los trabajadores y pretende limitar los beneficios.

¿Quién Paga el Seguro de Compensación a los Trabajadores?

El empleador, o la compañía de seguros del empleador, es quien paga los beneficios de compensación a los trabajadores. Los beneficios se describen en el Título 19 del Código de Delaware y la Oficina de Compensación a los Trabajadores (parte del Ministerio

de Trabajo de Delaware) los administra. Estos beneficios incluyen los salarios perdidos, la atención médica, la permanencia, la desfiguración, el reembolso de millas y beneficios por fallecimiento. La compañía de

¡ALERTA!

La Junta de Accidentes Industriales o “IAB” (por sus siglas en inglés) es quien se encarga de manejar las disputas sobre beneficios entre usted y su empleador.

seguros de su empleador no está obligada a defenderlo, y ni siquiera tiene la obligación de informarle sobre las diversas categorías de beneficios a los que usted puede tener derecho. Además, usted puede tener más posibilidades de acceder a ciertas categorías de beneficios acomodándolas en un calendario acorde a su caso, y que deben elegirse teniendo en cuenta el alcance de su máxima recuperación y sus intereses a largo plazo. La **Junta de Accidentes Industriales** o “IAB” (por sus siglas en inglés) es quien se encarga de manejar las disputas sobre beneficios entre

usted y su empleador. Básicamente, la IAB es el tribunal de primera instancia para las disputas de compensación a trabajadores.

¿CÓMO SE ME PAGAN LOS SALARIOS PERDIDOS?

Incapacidad Total Temporal: En los últimos años, hemos notado que los demandantes se sorprenden mucho al enterarse de que no tienen derecho al 100% de sus ingresos netos perdidos. Si su médico lo inhabilita por completo para trabajar como consecuencia de

un accidente de trabajo, usted tiene derecho a recibir un porcentaje de sus salarios perdidos. La ley de compensación a los trabajadores se refiere a este beneficio como **Incapacidad Temporal “Total” (TTD, por sus siglas en inglés)**. Un empleado lesionado tiene derecho a recibir el 66% ó $\frac{2}{3}$ de su salario bruto al momento del accidente. Esto se encuentra sujeto a un monto máximo y mínimo que la Secretaría de Trabajo establece en Junio de cada año. Usted puede llamar a una de nuestras oficinas para obtener las tarifas máxima y mínima actuales.

¡ALERTA!

Luego de presentar la tasa de compensación y el salario semanal promedio, estos datos no pueden modificarse durante el período de reclamación.

La Incapacidad Total Temporal continúa hasta que ya no se encuentre incapacitado. La compañía de seguros de compensación para trabajadores puede objetar su estado de incapacidad mediante la presentación de una petición para dejar de brindar beneficios. Cuando se presenta una petición para poner fin a los

Cómo Calcular los Salarios Brutos

Los salarios brutos incluyen las horas extras, propinas y primas que se pagan regularmente. No incluyen prestaciones adicionales (es decir, seguro de salud). Se determina el “salario semanal” de un empleado a efectos de compensación del trabajador. Esto se hace calculando los salarios brutos promedio del período de las 26 semanas previas al accidente, y luego se toma el 66% o $\frac{2}{3}$ de ese promedio. El “salario semanal”

puede tener que ajustarse hacia arriba o hacia abajo con el fin de cumplir con el salario mínimo o máximo semanal establecido por la Secretaría de Trabajo. Una de las razones más importantes para contar con asesoramiento legal experimentado en una etapa temprana del proceso es que, en general, una vez que el salario semanal promedio y la tasa de compensación resultante se establecen, se ajustan y se archivan en la IAB, no pueden modificarse durante el proceso de reclamación, que puede incluir la vida natural del trabajador lesionado.

beneficios, los mismos se siguen pagando desde un fondo independiente, creado por las contribuciones de todas las compañías de compensación a trabajadores en Delaware, hasta que la IAB determine en una audiencia si usted está incapacitado o no. Los beneficios que cubre este fondo se pueden abonar cada semana durante un máximo de cuatro (4) meses o más, mientras se acerca la fecha de la audiencia. Estos beneficios sustitutos están disponibles para un trabajador lesionado que firme una declaración jurada debidamente redactada que demuestre el derecho a estos beneficios.

Su abogado llevará a cabo este proceso y lo asesorará sobre las obligaciones que tiene durante este período de tiempo para seguir teniendo derecho a recibir pagos del fondo. En caso de que la petición de la compañía de seguros para poner fin a los beneficios TTD tenga éxito, usted no tiene que devolver los fondos del período comprendido entre la presentación de la petición y la audiencia. Sin embargo, la compañía de seguros tiene la obligación de devolver el pago al fondo si no logra

obtener pruebas suficientes que respalden su petición de suspender los beneficios.

Incapacidad Parcial Temporal

Un empleado lesionado tiene derecho a beneficios por **Incapacidad “Parcial” Temporal (TPD, por sus siglas en inglés)** si puede continuar realizando algún tipo de trabajo. Por ejemplo, la lesión puede impedirle regresar a su empleo anterior mejor pago y hacer que ahora tenga que aceptar un trabajo con menor paga, o incluso, recurrir a un empleo de medio tiempo debido a sus lesiones. En este caso, usted tiene derecho a dos tercios de la diferencia entre el salario del antiguo puesto de trabajo y el salario del nuevo trabajo. La cantidad máxima que aplica a la Incapacidad Total Temporal aplica a los beneficios de la Incapacidad Parcial Temporal.

El período de tiempo máximo durante el cual usted puede recibir beneficios Parciales Temporales es de 300 semanas. Estas 300 semanas de beneficios por incapacidad parcial no tienen que recuperarse de forma continua en un único bloque temporal, sino que son las semanas máximas de recuperación de dichos beneficios durante la duración de la lesión. Es importante que usted utilice estos beneficios con inteligencia, ya que tienen una duración máxima de 300 semanas.

¡ALERTA!

El período de tiempo máximo durante el cual un empleado lesionado puede recibir beneficios Parciales Temporales es de 300 semanas.

¿QUIÉN PAGARÁ MIS FACTURAS MÉDICAS?

Cuando usted se lesiona en el trabajo, el empleador, o la compañía de seguros del empleador, es quien paga por el tratamiento médico necesario de conformidad con las directrices legales. En un intento por establecer un sistema de pago que ayude a controlar los costos, la Asamblea General de Delaware creó el sistema de pago de atención médica de compensación para los trabajadores, que incluye las tarifas de pago, instrucciones, guías de tratamiento, y guías y políticas de pago. Puede encontrar más información en www.delawareworks.com

Según la ley, usted tiene el derecho a elegir a un médico para que le brinde tratamiento. Por otra parte, cualquier médico puede proporcionar servicios durante una visita al consultorio, u otra instancia única de tratamiento, sin necesidad de obtener una autorización previa del empleador. Sin embargo, luego del servicio inicial, el médico debe obtener autorización para brindar tratamiento adicional. Con el fin de aligerar el proceso de que los médicos tengan que obtener autorización previa para cada tratamiento, los médicos deben estar certificados como médicos de Compensación a los Trabajadores de Delaware.

Certificación de Compensación a Trabajadores de Delaware

Se explica el proceso de certificación y se proporcionan los formularios en línea en www.delawareworks.com

para uso del personal administrativo en el consultorio del médico. Como proveedores certificados, los médicos acuerdan prestar servicios de acuerdo con las directrices de pago y de práctica que establece la Ley de Compensación a los Trabajadores de Delaware.

La certificación también elimina la necesidad de obtener la autorización previa del empleador antes de que el trabajador reciba tratamiento. Esto es muy importante para el trabajador lesionado. **El trabajador lesionado debe confirmar que cualquier proveedor médico (médico, enfermero, quiropráctico, fisioterapeuta, etc.) que elija haya sido certificado bajo la Ley de Compensación a los Trabajadores de Delaware.**

El empleador, o su compañía de seguros, tiene derecho a impugnar el pago de las facturas y el tratamiento médico, y con frecuencia lo hace. Algunas de las razones por las cuales el empleador o su compañía de seguros pueden impugnar el pago de las facturas y tratamientos médicos incluyen: el tratamiento no está relacionado con el incidente de trabajo; un médico no certificado bajo la Ley de Compensación a los Trabajadores está proporcionando el tratamiento; o el tratamiento prestado no está dentro de las directrices de prácticas.

Sin embargo, el beneficio más importante de recibir tratamiento de parte de un médico certificado es que

¡ALERTA!

Sin embargo, el beneficio más importante de recibir tratamiento de parte de un médico certificado es que existe una presunción legal de que cada tratamiento debe pagarse dentro de los treinta (30) días de presentada la factura al proveedor con el formato adecuado.

existe una presunción legal de que cada tratamiento debe pagarse dentro de los treinta (30) días de presentada la factura a la aseguradora con el formato adecuado. El empleador o su compañía de seguros deberán pagar inmediatamente la factura del médico certificado, o enviar los registros y facturas a una Empresa de Revisión de Utilización para que la misma compruebe si las facturas y los tratamientos médicos prestados están dentro de las directrices de práctica. Si la Revisión de la Utilización concluye que el tratamiento no está dentro de las pautas de tratamiento de Delaware, la compañía de seguros no tendrá que pagar los gastos. En caso de que la Revisión de la Utilización (UR, por sus siglas en inglés) determine que la(s) factura(s) debe(n) pagarse, el proveedor podrá apelar la decisión ante la IAB.

Un trabajador lesionado tiene el mismo derecho de apelación frente a una decisión desfavorable de la UR siempre que el recurso se presente dentro de los 45 días siguientes a la recepción de la decisión de la UR. Si esto ocurre, es necesaria una audiencia ante la IAB para determinar si el tratamiento y las facturas médicas son razonables, necesarios, y están relacionados con el incidente de trabajo. La decisión de la IAB en cuanto a si las facturas médicas deben pagarse o no es apelable ante el Tribunal Superior de Delaware. Comúnmente, las decisiones de la IAB se ratifican en la apelación.

¿QUÉ SUCEDE SI QUEDO INCAPACITADO O DESFIGURADO DE FORMA PERMANENTE?

Cuando el accidente de trabajo produce una discapacidad permanente o la pérdida del uso de una parte del cuerpo, usted tiene un reclamo de beneficios por **Discapacidad Parcial Permanente (PPD, por sus siglas en inglés)**.

Se le pide a su médico que asigne un porcentaje de discapacidad permanente a cada parte del cuerpo afectada. Una vez que el médico llega a la conclusión de que hay un porcentaje de discapacidad permanente en una o varias de las partes del cuerpo afectadas, se utiliza una fórmula para determinar la suma de beneficios en dólares a la que tiene derecho por Discapacidad Parcial Permanente. La fórmula aparece en la Ley de Compensación a los Trabajadores de Delaware, en forma de lista.

El valor de una discapacidad permanente de una parte del cuerpo se mide en términos de salarios de compensación semanales para trabajadores. Por ejemplo, el programa proporciona 250 semanas de compensación para el trabajador lesionado que ha perdido el 100% de la capacidad de uso del brazo. Si su médico determina que usted sólo ha perdido un 10% del uso de su brazo, su indemnización de permanencia sería entonces de 25 semanas de compensación (es decir, el 10% de 250 semanas). Si la tasa semanal de salario de compensación para trabajadores es de \$600, la indemnización de permanencia de 25 semanas de compensación ascendería a \$15,000.00.

Usted no tiene derecho a presentar una reclamación por incapacidad permanente hasta que haya transcurrido un año desde la fecha del incidente o un año desde la fecha de cualquier cirugía. Normalmente la compañía de seguros objeta la tasa de porcentaje de su médico y solicita que lo examine un médico elegido por la compañía. Invariablemente, el médico de la compañía de seguros asigna una tasa de porcentaje menor. Si usted decide no aceptar el porcentaje de permanencia que le ofrece la compañía de seguros, puede presentar una Petición ante la IAB. La Junta decidirá el monto de beneficios de permanencia que se le pagará después de escuchar su testimonio y el de ambos médicos.

Beneficios por Desfiguración

Cuando un accidente laboral deja cicatrices físicas o hace que el trabajador quede desfigurado, usted tiene derecho a beneficios por desfiguración. Para poder recibir una indemnización, la desfiguración o las cicatrices deben ser visibles y ofensivas cuando el cuerpo esté vestido de forma normal. Generalmente, se considera desfiguración fija o permanente un año después del accidente o de la cirugía. Si las partes no pueden ponerse de acuerdo en cuanto a un número aceptable de semanas (con la tarifa de su salario semanal promedio) para la reclamación por desfiguración, usted puede presentar una Petición para Determinar la Desfiguración ante la IAB. Los miembros de la junta o los funcionarios presentes en la audiencia verán la desfiguración y medirán la cicatriz con una regla durante dicha audiencia. Usted dará testimonio en la Audiencia de Desfiguración y explicará el modo en que la cicatriz afecta su vida.

¿QUÉ OTROS BENEFICIOS OFRECE LA COMPENSACIÓN A TRABAJADORES?

Reembolso de Millaje

Usted tiene derecho al reembolso de los gastos de millaje, tanto de ida como de vuelta, en los que haya incurrido para obtener un tratamiento para las lesiones relacionadas con el trabajo. Esto incluye visitas a médicos, fisioterapeutas, centros para pruebas de diagnóstico, hospitales y/o farmacias. La tasa actual de reembolso se basa en 40 centavos por milla.

Beneficios por Fallecimiento

Cuando un trabajador fallece como consecuencia de un accidente o enfermedad en relación con el trabajo, los dependientes del trabajador reciben los beneficios, incluidos los costos del funeral. Los beneficios por fallecimiento se pagan al cónyuge sobreviviente del empleado fallecido durante un período de 400 semanas. El monto del beneficio para el cónyuge sobreviviente es mayor si tiene 2 o más hijos. Los beneficios por fallecimiento para los hijos se pagarán más allá de las 400 semanas hasta que el niño cumpla los 18 años de edad. Para los niños matriculados a tiempo completo en una institución educativa acreditada, los beneficios pueden pagarse hasta que el niño deje de estar matriculado o llegue a la edad de 25 años.

Conmutación

En ciertos casos, y para su beneficio, conviene negociar un acuerdo con la compañía de seguros, por el cual todos los beneficios de compensación futuros se le pagarán en una suma global. A esto se lo conoce como una “conmutación” de los beneficios. La IAB debe aprobar la conmutación.

El importe total a pagar se basa en su expectativa de vida, la tasa de compensación semanal, la permanencia futura proyectada y, en la mayoría de los casos, los gastos médicos previstos. Si usted es beneficiario de Seguro Social por Incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés), Medicare o Medicaid al momento de presentar la petición de conmutación, o tiene previsto solicitar esos beneficios en los próximos 30 meses, la conmutación puede no ser apropiada.

Reclamaciones Impugnadas o Aceptadas

Los beneficios disponibles bajo la Ley de Compensación de los Trabajadores de Delaware pueden pagarse voluntariamente o puede ser necesario solicitarlos a la IAB debido a una impugnación por parte del empleador. Un empleador puede impugnar la demanda por diferentes razones. Algunos argumentos comunes presentados por el empleador incluyen:

1. El incidente no ocurrió en el trabajo, como se afirma;
2. Las lesiones no son el resultado de un incidente en el trabajo, sino que son pre-existentes; o
3. El empleado estaba en el trabajo en estado de ebriedad y por lo tanto pierde su(s) beneficio(s).

Si el empleador impugna la reclamación, el empleado/ solicitante puede presentar ante la IAB una Petición para Determinar la Compensación Debida y se realizará una audiencia aproximadamente cuatro meses después. El solicitante tiene el derecho de ser representado por un abogado de su elección en la audiencia.

Si un empleador acepta una reclamación como compensable bajo el Estatuto de Compensación para Trabajadores de Delaware, el demandante y el empleador firman un Acuerdo. Es extremadamente importante que todos los datos que figuran en el Acuerdo (presentado ante la IAB) sean exactos. La compañía de seguros de compensación para trabajadores le asignará un número de reclamación a su caso.

¿QUÉ PASA SI NO ESTOY DE ACUERDO CON LA OFERTA DE CONCILIACIÓN DE MI EMPLEADOR?

En caso de no poder resolver el caso de compensación de un trabajador a través de un acuerdo voluntario, estamos preparados para presentar una Petición ante la IAB y proceder a litigar para lograr una recuperación para esta persona. Luego de presentar la Petición, un abogado defensor se presentará en nombre del empleador. El abogado defensor le pedirá a usted que firme una autorización que le otorgue el permiso necesario para acceder a todos los registros médicos y de empleo actuales y anteriores. El abogado defensor también tiene derecho a solicitar que usted se someta a un examen realizado por un médico que la defensa elija.

Los abogados firmarán y presentarán ante la IAB una estipulación previa al juicio con la descripción de los temas controvertidos y los nombres de todos los testigos a los que se citará. Se asignará una fecha de audiencia para el caso, que por lo general tiene lugar cuatro meses después de la presentación de la demanda.

Normalmente los médicos expertos de cada parte testificarán por deposición antes de la audiencia real de la IAB. Un taquígrafo judicial certificado transcribe el testimonio del experto. En ocasiones, algunos médicos declaran en la audiencia en persona. Los médicos cobran por el tiempo que dedican a dar su testimonio experto. Por lo tanto, tratar un caso puede ser muy caro. La audiencia está presidida por dos Miembros de la Junta de la IAB (nombrados por el Gobernador) y un oficial de audiencia (que es un abogado con licencia de Delaware). Las partes podrán estipular solamente un oficial de audiencia escuche la causa.

En la audiencia, cada parte presenta sus testigos y pruebas. Cada testigo está sujeto a un interrogatorio del otro abogado. A menudo, los Miembros de la Junta y el Oficial de la Audiencia hacen preguntas a los testigos. Cuando los médicos no están testificando en persona, los abogados leen partes pertinentes de las transcripciones de los médicos expertos en el registro.

Durante el testimonio de los testigos, se pueden marcar documentos pertinentes y sumarlos a la evidencia. El Oficial de la Audiencia tendrá la decisión final sobre cualquier objeción jurídica formulada durante la audiencia. Se concede a cada abogado un tiempo limitado para presentar sus declaraciones finales, que

resumen la evidencia y ciertos puntos del testimonio para fundamentar su argumento. La decisión no se informa en el día de la audiencia. La decisión se informa por escrito y se envía por correo a los abogados varias semanas después de la audiencia.

Una vez que la decisión se envía por correo certificado a las partes, cada uno tiene una fecha límite para apelar por escrito ante el Tribunal Superior de Delaware. El Tribunal decide si la IAB cometió un error de derecho, o si la decisión de la IAB está respaldada por evidencia considerable en el registro actual. Estas y otras cuestiones se informan en los escritos, de forma detalla, citando hechos del registro y la jurisprudencia, diseñada para presentar el caso de cada parte desde la perspectiva más favorable. Si bien el Tribunal Superior puede permitir argumentos orales, la mayoría de los casos se deciden sobre la base de los informes escritos de las partes. Sólo un porcentaje muy pequeño de apelaciones logra revocar la decisión de la IAB.

¡ALERTA!

Sólo un porcentaje muy pequeño de apelaciones logra revocar la decisión de la IAB.

ELEMENTOS DE UNA RECLAMACIÓN DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Siempre es buena idea consultar a un abogado acerca de un reclamo de compensación para trabajadores. Los elementos de su reclamación, los cuales el abogado

evaluará para considerar si usted necesita un abogado, incluyen:

1. ¿El incidente ocurrió cuando estaba dirigiéndose al trabajo o desempeñando actividades laborales?
2. ¿Sufrió lesiones a causa del incidente de trabajo?
3. ¿Fue la lesión verificada por un médico certificado por la Junta de Accidentes Industriales?
4. ¿Es esta una reclamación aceptada o impugnada?
5. Si se trata de un reclamación impugnada, ¿hay testigos confiables del incidente de trabajo, y peritos médicos expertos certificados dispuestos a testificar en apoyo de la reclamación?
6. Si se trata de una reclamación aceptada, ¿ha recibido el pago de todos los beneficios aplicables señalados anteriormente en virtud del Estatuto de Compensación a los Trabajadores de Delaware?
7. ¿Está el reclamo dentro del estatuto de limitaciones aplicable?

LO QUE DEBE SABER SOBRE EL ESTATUTO DE LIMITACIONES

Es sumamente importante comprender que hay que actuar con rapidez después de un accidente o una lesión relacionada con el trabajo, con el fin de preservar y asegurar los beneficios disponibles bajo el estatuto. De hecho hay varios plazos que pueden aplicarse a los hechos de cada caso individual. Es importante

recordar que estos temas se aplican y se deciden en un procedimiento conflictivo. El representante o la compañía de seguros del empleador utilizará las diversas y, a veces, complejas limitaciones de tiempo como un arma para negarle beneficios que, de otro modo, estarían disponibles.

Generalmente, el plazo en el que un empleado tiene que presentar un caso ante la IAB es de dos años a partir de la fecha del incidente original, o de cinco años a partir de que la compañía de seguros pague cualquier beneficio en virtud del estatuto de compensación al trabajador. Sin embargo, el plazo de prescripción se acorta a un año para los casos de exposición laboral. Los casos de exposición laboral incluyen los casos en los que la definición legal de “enfermedad profesional” se cumple como un componente material de la lesión.

La mejor manera de evitar tener problemas con los plazos es asegurarse de que la reclamación se inicie correctamente luego de su incidente de trabajo. Hay dos documentos que deben completarse y presentarse ante la IAB de inmediato:

- (1) Acuerdo de Compensación; y
- (2) Primer Informe de Lesiones.

Si bien es responsabilidad del empleador y de su compañía de seguros el ver que estos documentos se presenten ante la Junta, el trabajador

¡ALERTA!

El representante o la compañía de seguros del empleador utilizará las diversas y, a veces, complejas limitaciones de tiempo como un arma para negarle beneficios que, de otro modo, estarían disponibles.

asegurado debe asegurarse de que esto se haga. Una de las ventajas de ser representado por un abogado experto en compensación de trabajadores es que su abogado actúa como su organismo de control para asegurarse de que el empleador y su compañía de seguros hagan lo que se supone que deben hacer.

¿NECESITO UN ABOGADO PARA MANEJAR MI RECLAMACIÓN POR LESIONES?

Ya sea que usted haya sufrido una lesión personal debido a un accidente automovilístico, un accidente no automovilístico (por ejemplo, un resbalón y caída), o un accidente de trabajo, cada compañía de seguros involucrada en una demanda por lesiones personales tiene un objetivo. Ese objetivo es pagarle la menor cantidad de dinero posible para resolver todas sus reclamaciones. La compañía de seguros tiene a su disposición ajustadores, investigadores, médicos y abogados defensores experimentados. Su objetivo es directamente opuesto al suyo. Usted necesita un abogado experimentado y eficaz en compensación para trabajadores o lesiones personales para que proteja sus intereses.

Como una persona que no tiene experiencia en las áreas de lesiones personales o reclamos de compensación para trabajadores, usted se encuentra en una situación de marcada desventaja jurídica contra personal experimentado de la compañía de seguros. En la mayoría de los casos, gestionar su propia demanda sin un abogado le garantiza que no recibirá una compensación justa. La contratación de un abogado de Delaware, eficaz y experimentado en lesiones personales o reclamos de compensación para trabajadores, es su mejor protección para que la compañía de seguros experimentada no se aproveche de usted.

Cada año, cientos de nuevos posibles clientes nos piden gestionar sus casos. Nuestros abogados están comprometidos a lograr los mejores resultados para las víctimas de accidentes de tránsito, accidentes no automovilísticos y accidentes laborales, y para los integrantes de una familia que haya perdido trágicamente a sus seres queridos en accidentes automovilísticos fatales o relacionados con el trabajo. Tenemos más de 150 años de amplia experiencia en juicios y recuperamos millones de dólares para víctimas lesionadas cada año.

Nuestros abogados han dedicado toda su vida profesional al manejo de casos de lesiones. Tenemos una comprensión única de la magnitud de las medidas que las compañías de seguros tomarán con el fin de evitar el pago de una compensación justa a las víctimas lesionadas. Dos de nuestros socios dedicaron los principios de sus carreras profesionales a representar a conductores negligentes y a sus compañías de seguros. Entendemos cómo trabajan las compañías de seguros

y estamos en la mejor posición para guiarlo a través de las defensas, los retrasos y los bloqueos que las compañías de seguros presentarán.

Nos complace ofrecer una consulta gratuita inicial para revisar y evaluar su posible caso. Puede contactarnos telefónicamente o enviarnos un correo electrónico para concretar una consulta inicial. Para su comodidad, contamos con seis oficinas en todo el Estado de Delaware.