

OAR

**OCCUPATIONAL
ACCIDENT
RISK, INC.**



Please make note of the new claims address:

OccAcc Risk, Inc. (formerly 1-2-1)

PO Box 2414

Boerne, Texas 78006



This Photo by Unknown

For Claims send all reports to

jlclaims@occaccrisk.com

For questions or to call in claims call 1-877-467-7866.

Michelle Villarreal ext 1

Bridget Granheim ext 2

Jennifer Tamez ext 3

Texas Non Subscription Claims Packet

Injury Reporting



Email us at jlclaims@occaccrisk.com

- + Or call 877-467-7866 to report your injury**
- + Call 911 for all medical emergencies**

Texas Non Subscription Claims Packet

24/7 **Emergency** Injury Reporting ☐ 210-316-3781



If the injury is NOT a medical emergency:

- + Immediately upon notification of an occurrence an Accident Loss Notice should be completed. Do not delay in reporting the claim. You will be notified of any additional information required to complete the loss notice form. **Submit forms via email at jlclaims@occaccrisk.com or call 877-467-7866**
- + The injured employee should complete the Employee Statement.
- + The HIPAA release should be signed.

Texas Work Injury Plan Employee Incident Report

Employer Information

Date____/____/____

Employer's Name: _____

And Address: _____Contact:_____

Employers Phone #:_____/_____/____Employers Fax #_____/_____/_____

Policy #_____

Employee Information

Employee's Name_____

And Address: _____

Employee's phone #:-----Employee's Date of Hire:____/____/____

Employee's occupation:_____Employee's weekly pay rate:__\$_____

Employee's SSN -----Date of Birth____/____/____Male/Female_____

Accident information

Date of loss_____Time of day of accident:__:____Date lost time began____/____/____

Date returned to work____/____/____Date reported to employer____/____/____

Supervisor's Name:_____Address where accident occurred:_____

Witness:_____Have you ever been treated for a similar injury Y__N__

Physician's Name & Address_____

Description of
Accident:_____

Nature of injury (Body Part):

I certify that the above information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if I am declining medical treatment at this time that my Employer will not be responsible for any expense related to the Incident or any resulting injury. I further understand that I will not be eligible for benefits under the plan unless I receive medical care from an approved provider within 14 days from the date of incident.

Employee's Signature:

Date:

Employee Statement

Employer: _____

Department/Division: _____

Employee name: _____

Last

First

Middle Initial

Phone: (____) _____ - _____

Address: _____

Street

Apt. #

City

St.

Zip Code

Employee D. O. B.: _____ Social Security Number: _____

Date of Injury: _____ Time: _____ ☐ a.m. ☐ p.m.

Accident Information

Where did Injury Occur? _____

Describe Injury: _____

Area of body injured: _____

Witnesses: ☐ Yes ☐ No

Name(s): _____

Employee Job Title: _____

Date reported to Supervisor: _____ Supervisor's Name: _____

Job being performed at time of Injury: _____

I certify this is a true and accurate report of the circumstances which occurred on the date of my injury stated above:

Signature of Injured Employee: _____

Date Signed: _____ Witness: _____

SUPERVISOR'S STATEMENT FORM

Employee Name: _____

Date and time of incident: _____

Where did it happen _____
street address or department/location at the time of injury

List witnesses and phone numbers, including anyone that may have knowledge of the incident, if known.

Name: _____ Phone # _____

Name: _____ Phone # _____

Did the employee lose any work time due to the alleged injury? ☐ Yes ☐ No

Did the employee go to the doctor? ☐ Yes ☐ No

Did the employee go to the doctor on own? ☐ Yes ☐ No

Treating Doctor's Name: _____ Phone # _____

Hospital Name: _____ Phone # _____

Has the employee returned to work? ☐ Yes ☐ No (as of date of this report)

How long is the employee expected to be off work? _____

What happened? (describe fully what took place or what caused you to make this investigation.)

Date and time employee reported incident to manager/supervisor _____

Investigated by: _____ Title _____ Date _____ Phone # _____

Supervisor's signature

Date

WITNESS STATEMENT

Injured Employee's Name: _____ Incident date and time: _____

Company Name: _____

Witness name: _____

Address: _____ Phone # _____

Where did the injury happen? _____
Street address or department/location at the time of injury

Are you related to the injured employee? ☐ Yes ☐ No - If "yes", how? _____

Same employer as injured employee? ☐ Yes ☐ No - If "no", employed by: _____

Did you actually see this injury happen? ☐ Yes ☐ No - If "no", how do you know about it?

Please explain in detail what you know about this incident:

Did this employee ever talk with you about getting hurt on the job? ☐ Yes ☐ No

If "yes", when did this conversation take place? _____ Date _____ Time _____

What did the employee say? _____

Do you know of any other injury, accident or illness this employee has had? ☐ Yes ☐ No

If "yes", explain: _____

Give the names of any other persons who might know about this accident/injury:

Additional comments:

Signature of Witness: _____ Date Signed: _____

PLAN DE LESIONES EN EL TRABAJO EN TEXAS REPORTE DEL INCIDENTE DEL EMPLEADO

INSTRUCCIONES: *Llene esta forma completamente, firme la forma donde indicado y regrese la original a su supervisor inmediato inmediatamente después de reportar su incidente relacionado con el trabajo.*

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

Nombre del Empleado: _____
(primer nombre, segundo, apellido)

Domicilio Residencial: _____
(calle)

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono Residencial: _____ SS# _____
(área + teléfono)

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Masculino ____ Femenino

Fecha Contratado: ____/____/____ Estado Civil: _____

Departamento/Localización: _____

Ocupación: _____

INFORMACIÓN DEL INCIDENTE/EXPOSICIÓN:

Lugar del Incidente: _____

del Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Supervisor: _____

del Teléfono del Supervisor: _____

La Fecha/Hora del Incidente: ____/____/____ (_am_pm)

La Fecha/Hora Reportada del Incidente: ____/____/____
(_am_pm)

Reportado a : _____

Testigos (Nombre/teléfono de cada testigo): _____

¿Qué hacía usted antes que sucedió el incidente? Describa la actividad, así como las herramientas, equipo, o materiales que usted utilizaba. Sea específico. (Por ejemplo, "Estaba surtiendo suministros mientras usaba una escalera."): _____

Describa lo que sucedió. Describa cómo la lesión actualmente ocurrió (Por ejemplo: "Me resbalé de la escalera y caí al suelo."): _____

INFORMACIÓN DE LA LESIÓN

Describa la parte(s) de su cuerpo (incluyendo el lado izquierda o derecha) afectada y el tipo de lesión (moretón, cortada, etc.). Sea más específico que diciendo "duele" o "dolorido". (Por ejemplo, "la Naturaleza de la Lesión: torció y severamente se lastimó el tobillo; Parte del Cuerpo Lesionado: tobillo izquierdo"):

La Naturaleza de la Lesión:	Parte del Cuerpo Lesionado:

¿Ha sido tratado usted para una lesión similar antes? Sí No De ser así, , por favor describa cualquier tratamiento previo que usted recibió y el Nombre(s) y número(s) de teléfono del Proveedor(es) de Asistencia Médica que le proporcionó tratamiento previo: _____

Certifico que la información de arriba es verdadera y correcta mi entero conocimiento. Entiendo que si declino tratamiento médico en este momento, que mi Empleador no será responsable de ningún gasto relacionado al Incidente ni ninguna lesión resultante, a menos que el Plan me apruebe antes estos gastos. Entiendo aún más que yo no seré elegible para beneficios bajo el Plan a menos que reciba cuidado médico de un Proveedor Aprobado dentro de los primeros 14 días de la fecha del Incidente.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ **FECHA:** _____

HIPAA AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Plan Participate Name:

Date of injury:

Authorization: I hereby authorize any physician, hospital, pharmacy, health care provider, other health care facility, insurance company, prior employer or (specific any additional persons) _____ to use with, and disclose any of my medical records or other protected health information to, the following representative of (the "Plan"): (1) any claims adjuster, claims manager or authorized staff member of Occupational Accident Risk, Inc.. and (2) The employer's representative **and appeals committee members** and their authorized staff members.

I further authorize such healthcare providers, persons and Plan representatives to use with, and disclose such protected health information to (1) Occupational Accident Risk, Inc.. authorized representative, authorized employees of the employers Human Resources, Risk Management, Safety Legal, Accounting/Payroll Employee Benefits and Information Technology (IT) Departments] (2) Supervisors **AND OR OTHER FIELD REPRESENTATIVES** (3) The Plan's Privacy Officer, (4) any medical case management group, repricing company, insurance agent, insurance carrier, consultant, attorney, business associate or other persons authorized by the employer or Occupational Accident Risk, Inc.. to perform business or legal services in connection with my work-related incident referenced above and (5) (specify any additional persons: _____.

Purpose of Authorizations: I understand that this Authorization is given for the following purposes only: (1) the treatment of any occupational illness/injuries allegedly arising from my work-related incident referenced above, such as discussion of my diagnosis, treatment, prognosis and overall health condition; (2) the payment of any claim for Plan benefits, such as pre-authorization of medical treatment, case management and making benefit determinations; (3) the health care operations of the Plan, such as claims audits, coordination of benefits/subrogation and the renewal or replacement of Plan related insurance; (4) the assessment of my ability to qualify for a leave of absence or return to full or modified job duties; (5) the use and disclosure of post-accident drug & alcohol test results; (6) assisting me (or my Authorized Representative below) with benefit claims or other Plan-related issues; (7) liability and safety evaluations and activities, and (8))please specify and additional reason(s))_____.

Acknowledgement: By signing below, I understand and acknowledge that (1) this authorization shall expire on the date upon which I am no longer eligible for plan benefits; (2) I have the right to revoke this Authorization by contacting the following person in writing Occupational Accident Risk, Inc.. **P O Box 2414 Boerne, Texas 78006** - however, this revocation will not apply to any use or disclosure made prior to the plan's receipt of my revocation; (3) the Plan may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits solely on whether I sign this Authorization; (4) there is a potential that my protected health information used and disclosed in accordance with this Authorization may be re-disclosed by certain persons receiving this information and may then no longer be protected by federal law and (5) I am entitled to a copy of this Authorization and that a photocopy of this Authorization shall be considered as effective as the original.

PLAN PARTICIPANT SIGNATURE _____ **DATE** _____

WITNESS SIGNATURE _____ **DATE** _____

Offer of Medical Treatment Declined

I, _____declined medical treatment on this date of ____/____/____ for an accident and any resulting injury sustained on the date of ____/____/____ .

I am aware that my employer, _____, will not be responsible for any medical expenses, unless specifically pre-approved by my employer.

Employee Signature

Date ____/____/____

Witness Signature _____Date ____/____/____

PLAN DE LESIONES EN EL TRABAJO

REPORT DE INVESTIGACION DEL TESTIGO

INSTRUCCIONES PARA TESTIGOS:

1. Conteste cada pregunta relacionada al Incidente basado en lo que actualmente vio o escucho.
2. LO MAS PRONTO POSIBLE -Regrese la forma completada y firmada al Gerente de Seguridad/Recursos Humanos

Nombre del Testigo: _____

Domicilio, Ciudad, estado, codigo postal _____ Numero de Telefono _____

INFORMACION DEL TESTIGO

Nombre del Empleado: _____ Lugar del Incidente: _____

Fecha del Incidente _____ La Hora del Incident _____ am _____ pm

Nombre de Empleador _____ Direction de Empleador _____

Describe lo que paso, incluyendo lo que hacia el Empleado al momento del Incidente: _____

Describe cualquier lesion o enfermedad que ocurrio:

Describe lo que paso inmediatamente despues del Incidente :

Por favor escriba el nombre, departamento /domicilio y numero de telefono de cualesquiera testigos adicionales a este Incidente:

Comentarios Adicionales:

Yo certifico que la informacion de arriba es verdadera y correcta de acuerdo a mi entero conocimiento.

FIRMA DEL TESTIGO: _____ FECHA: _____

PLAN DE LESIONES EN EL TRABAJO

REPORTE INVESTIGACION DEL SUPERVISOR

INSTRUCCIONES:

Llene esta forma y regrese todo la informaci6n del Incidente al Gerente de Seguridad/Gerente de Recursos Humanos a mas tardar 24 horas despues que se haya reporiado el incidente.

NOMBRE DEL SUPERVISOR _____ FECHA _____

INFORMACION DEL INCIDENTE/EXPOSICION

NOMBRE DEL EMPLEADO: _____ DEPARTAMENTO/LOCALIZACION: _____

Fecha del Incidente: _____ Hora del Incidente _____ am _____ pm Lugar del Incidente: _____

La Fecha y hora que empleado report el incidente _____ Reportado a Quien? _____

Testigo(s) al Incidente: _____

En detalle, describa que hacia el Empleado antes que ocurri6 el Incidente? : _____

En detalle, describa que paso el Empleado? : _____

Comentarios Adicionales:

Yo certifico que la informacion de arriba es verdadcre y correcta de acuerdo a mi entero conocimiento.

FIRMA DEL SUPERVISOR/GERENTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE: _____ TITULO: _____ TELEFONO: _____

PLAN DE LESIONES EN EL TRABAJO (EL "PLAN") AUTORIZACION DE HIPAA PARA LA LIBERACION DE LOS EXPEDIENTES MEDICOS

Nombre del Empleado: _____ Lugar Del Trabajo _____
Fecha Del Incident: _____ Supervisor _____

Yo, por la presente autorizo a proveedores de asistencia medica para utilizar y divulgar mi informaci3n protegida de salud como esta descrito enseguida.

1. Yo autorizo a los proveedores de asistencia medica para divulgar mi informaci3n de salud, incluyendo condiciones preexistentes que pueden ser significativas al resultado de mi lesi3n relacionado con el trabajo o la enfermedad a empleados de OccAcc Risk, Inc. asi como al Administrador de Reclamos designado del Plan y Comite de Apelaciones ("Representantes del Plan"). Esto incluye una descripci3n significativa de mi condi3i3n de salud, tales como las fechas de tratamiento, hospitalizaciones previas, historia medica y fisicos, resúmenes de ser dado de alta, notas de progreso del medico, resultados del laboratorio, reportes de Rayos X, reportes de patologia, y otra informaci3n relacionada con la salud.
2. Yo ademas autorizo a tales proveedores de asistencia medica y Representantes del Plan para utilizar y divulgar tal informaci3n de salud a, empleados autorizados de Occ Acc Risk, Inc., cualquier grupo medico de administraci3n de casos, compania de revalorizaci3n (cambian los precios), agente de seguro, portador de seguro, consultor, abogado, socio de negocio u otras personas autorizadas a realizar el negocio o servicios legales relacionados a mi lesion o enfetmedad del trabajo.

Mi informaci3n se puede utilizar y/o divulgar para los siguientes prop6sitos especificados: (1) para determinar la extensi3n de mi lesi3n/enfermedad, coordinar tratamiento medico y la paga de beneficios de reclamos; (2) en evaluar la posibilidad de calificar para el permiso de ausencia o el regreso al deber completo o modificado; (3) para evaluar los asuntos de seguridad y responsabilidad; (4) para revisar los resultados de mi pruebas de droga/alcohol. Existe la posibilidad de que mi informaci3n protegida de salud utilizada y divulgada de acuerdo con esta Autorizaci3n pueda ser divulgada por ciertas personas que reciben esta informaci3n y quizas ya no mas pueda ser protegida por la ley federal.

Tengo el derecho de revocar esta autorizaci3n en cualquier momento. Entiendo tambien que la revocaci3n de esta autorizaci3n se debe hacer por escrito a **Occupational Accident Risk, Inc. PO Box 2414, Boerne, Tx 78006**. Esta autorizaci3n expirara en la fecha que ya no sea elegible para cobertura bajo el Plan. Tambien estoy enterado que mi revocaci3n no aplicara a ningun uso ni divulgaci3n hecha antes que el Plan reciba mi revocaci3n.

Tengo derecho a una copia de esta autorizaci3n y entiendo que una fotocopia de esta Autorizaci3n se considerara tan efectiva como la original. Entiendo que el Plan no puede condicionar los beneficios unicamente si firmo esta forma de autorizaci3n.

FIRMA Del Empleado: _____

FECHA: _____

Si es firmada por unrepresentante autorizado del Empleado, por favor describa enseguida la autoridad del representante para actuar por el Empleado especificado anteriormen en esta forma.

AUTHORIZATION TO PROVIDE SERVICES

Name of Injured Employee: _____

Date of Incident: _____

Contact Name _____

Phone and Fax Number: _____

This form serves as Authorization to treat the employee named above. The treatment should be ONLY for injuries believed to be work related. All Diagnostics and or referrals must be pre authorized.

Instructions to Health Care Provider:

Please be specific regarding any work restrictions as the employer has transitional duty available and can make accommodations for most temporary restrictions.

Please provide written work status to the employee.

Mail medical bills to:

*Occ Acc Risk, Inc.
P.O. Box 2414, Boerne, Texas 78006
1- 877-467-7866*