

Utilice estas instrucciones para ayudarle a someter un reclamo. Simplemente inicie sesión en New Mexico Mutual en newmexicomutual.com. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llámenos al (505) 345-0127.

Formas en que puedes someter un reclamo

- **En línea:** New Mexico Mutual | Los expertos de Nuevo México en compensación laboral.
- **Teléfono:** (505) 343-7730
- **Correo electrónico:** Formulario de primer informe de lesión (E-1): NMMClaims@newmexicomutual.com
- **Fax:** (505) 345-0656

Información requerida

- Nombre y apellido del empleado
- Fecha de Nacimiento
- Número de Seguro Social
- Fecha de contratación
- Ocupación
- Dirección y número de teléfono de los empleados
- Fecha de la lesión
- Fecha de notificación al empleador
- Parte del cuerpo lesionada (izquierda o derecha)
- Fecha de regreso al trabajo
- Breve descripción de lo sucedido
- ¿Buscaron atención médica y dónde?
- Información de contacto del empleador

Debe estar registrado en el sitio web para someter un reclamo en línea.

Pasos para someter un reclamo en línea:

1

Haga clic en "Claims"



2

Haga clic en “File a Claim”

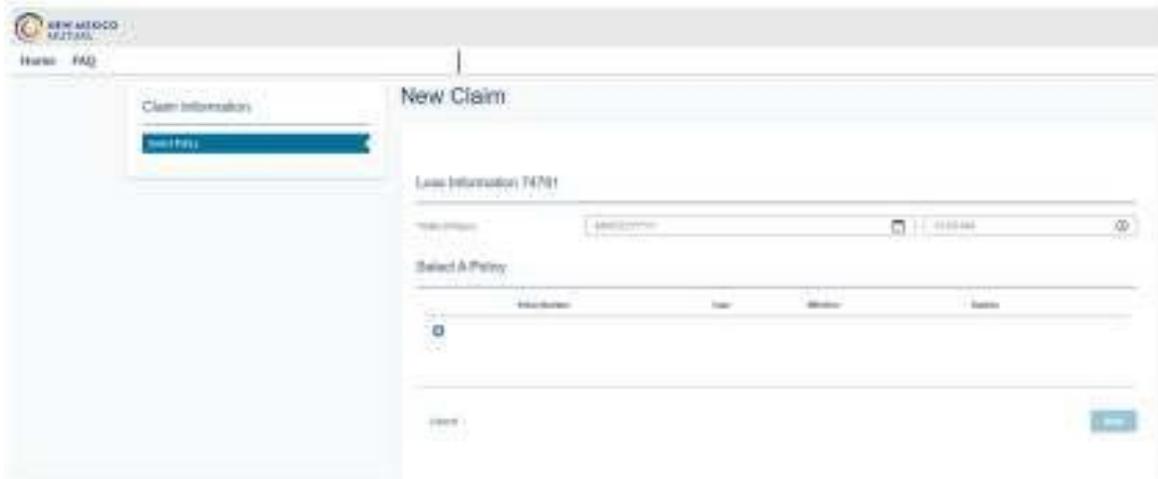


3

Proporcione la fecha en que su trabajador se lesionó.

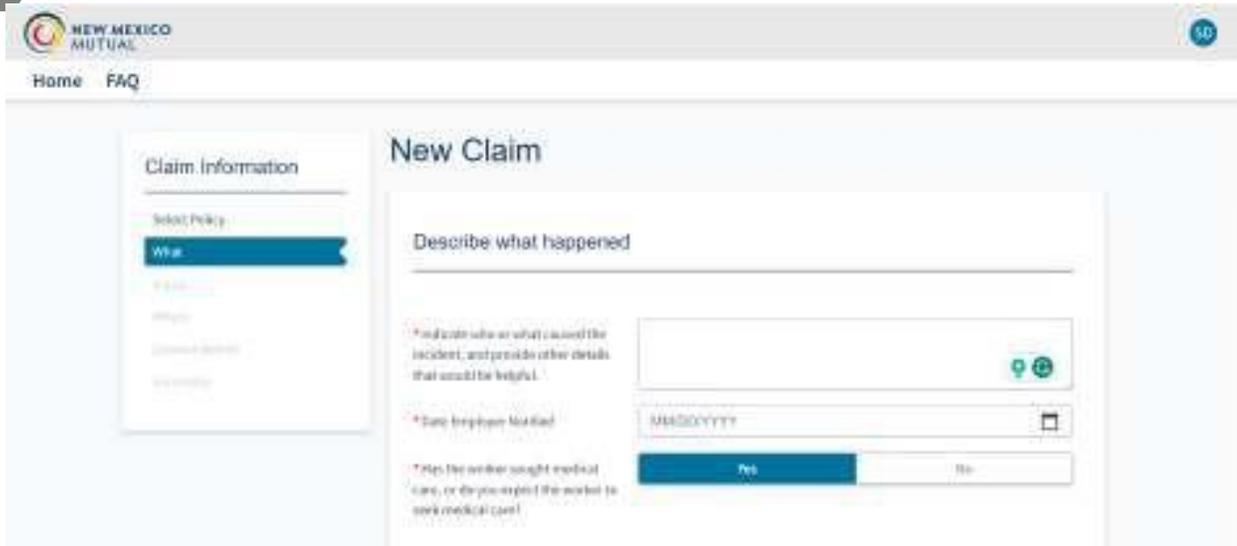
Si la lesión se desarrolló con el tiempo, ingrese el día en que el trabajador le informó sobre la lesión.

* Se deben completar todos los campos que tengan un asterisco.



4

Proporcione información sobre el accidente lo más que pueda.



5 Proporcione información sobre el trabajador lesionado

The screenshot shows a form titled "Injured employee" with the following fields:

- First Name: [Please select]
- Last Name: [Please select]
- Employee ID: [Please select]
- Phone Number: [Please select]
- Work Address: [Please select]
- Home Address: [Please select]
- City: [Please select]
- State: [Please select]
- ZIP Code: [Please select]
- Country: [Please select]
- Mobile Phone: [Please select]
- Work Email: [Please select]
- Home Email: [Please select]
- Emergency Contact Name: [Please select]
- Emergency Contact Phone: [Please select]
- Emergency Contact Email: [Please select]
- Emergency Contact Address: [Please select]
- Emergency Contact City: [Please select]
- Emergency Contact State: [Please select]
- Emergency Contact ZIP Code: [Please select]
- Emergency Contact Country: [Please select]

6 Haga clic 'Next'



The screenshot shows a navigation bar with the following elements:

- Previous
- Next

7 Proporcione detalles sobre la lesión:

Importante

* Todos los reclamos en estado de borrador mostrarán un número de reclamo temporal que comienza con una T

The screenshot shows the "New Claim" form with the following sections:

- Claim Information: [Temporary Claim Number: T000143033]
- Injury Details:
 - Employee ID: [Please select]
 - Work Address: [Please select]
 - Home Address: [Please select]
 - City: [Please select]
 - State: [Please select]
 - ZIP Code: [Please select]
 - Country: [Please select]
 - Mobile Phone: [Please select]
 - Work Email: [Please select]
 - Home Email: [Please select]
 - Emergency Contact Name: [Please select]
 - Emergency Contact Phone: [Please select]
 - Emergency Contact Email: [Please select]
 - Emergency Contact Address: [Please select]
 - Emergency Contact City: [Please select]
 - Emergency Contact State: [Please select]
 - Emergency Contact ZIP Code: [Please select]
 - Emergency Contact Country: [Please select]
- Body Injuries: [Please select]

8 Proporcionar detalles sobre cualquier atención médica disponible que se haya recibido y haga clic en 'next'.

Medical Treatment

*Medical attention sought Yes No

*Type of treatment

*Date of first time

*Date of last time

*Treatment by

Save and Exit

9 Proporcione los detalles sobre dónde ocurrió el accidente y haga clic 'next'.

Where did this happen?

*Where did this happen? On my property address Somewhere else (see remarks)

*Street Address

*City

*CA

*ZIP Code

*State

Save and Exit

10 Proporciónenos los datos de la persona con la que desea que contactemos para obtener información adicional sobre este reclamo. Haga clic 'next'.

Primary Contact Details

Please provide an email contact (preferred) or the email(s) address(es) contact person. Please provide address for this contact as well if you would like to obtain the claim.

*Contact

*First Name

*Last Name

*Address Line 1

*Address Line 2

*City

*ZIP Code

*State

*Primary Contact's Office

*Home Phone

*Cell Phone

*Mobile Phone

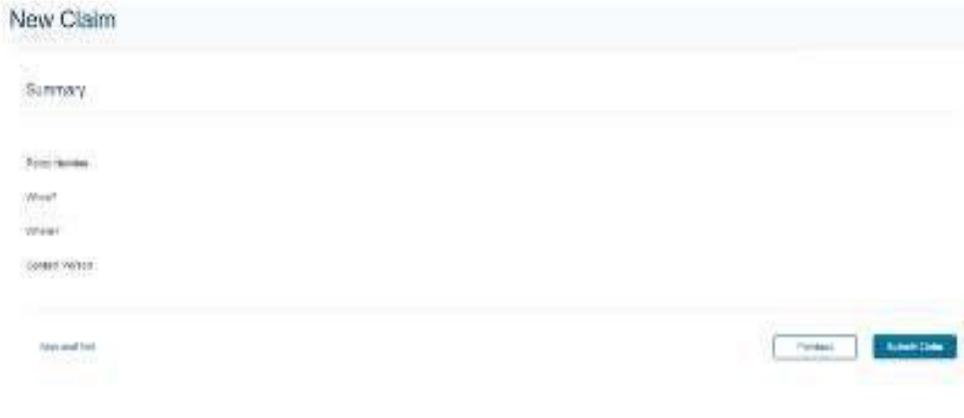
*Email

Save and Exit

11

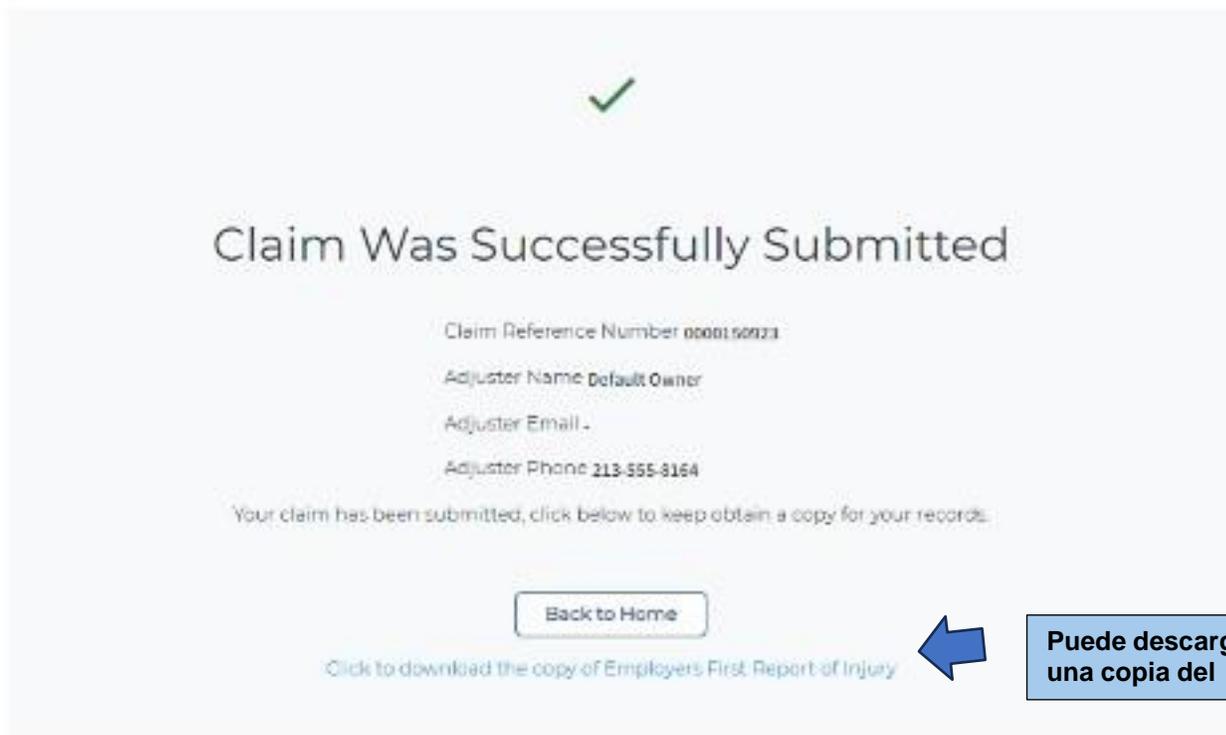
Confirmar la información proporcionada y someta el reclamo.

* Debe "submit claim" para recibir el número de reclamo.



12

Se le proporcionará una confirmación de que se envió el reclamo y la información del reclamo



Puede descargar una copia del