

Compensación de Trabajadores

Cobertura De Seguro

AVISO DEL EMPLEADO

Fecha:

Número de la Poliza:

La cobertura de compensación para trabajadores de la antedicha compañía esta vigente por el periodo de _____ al, mientras tanto que la compañía halla reunido todos los requisitos de reportes y la prima.

SI USTED ES HERIDO

Usted debe informar cualquiera lesion que ocurre en el trabajo a su supervisor, el empleador o el asegurador tan pronto posible. Usted tiene que reportar el accidente dentro de 30 días. Un propietario único, el socio, el director de una compañía manejado por el director de obligación limitada, el miembro de una compañía miembro-manejado por obligación limitada, oficial corporativo cubierta bajo el Acto de Compensación de Trabajadores de Montana debe informar un accidente al asegurador dentro de 30 días.

Informe las lesiones secundarias a su empleador aunque usted no reciba tratamiento médico. Después que usted informa la lesión, su empleador tiene 6 días para notificar a su asegurador. Usted tiene que entregar un escrito "Primer Informe de la Lesion" dentro de 12 meses de la fecha del accidente o dentro de un (1) año del conocimiento de una enfermedad profesional. Usted le puede entregar esta forma a su empleador, al asegurador, o al Departamento de Labor y de Industria.

Todos los empleados que sostienen una lesion compensable relacionada al trabajo o la enfermedad profesional, con excepción de las que sean eximidas por el estatuto (la Sección 39-71-401, MCA), son cubierta por médico y por los beneficios de perdida de salario.

Antes de la designación de la Aseguradora o aprobación de un médico tratante puede elegir su proveedor de atención médica inicial.

Usted puede continuar recibiendo tratamiento de su proveedor de atención médica inicial a menos que el asegurador designa un médico tratante que no sea su proveedor de atención médica inicial. Después de proporcionarle con un aviso de un designado o aprobado médico tratante, el asegurador es no más obligado para el tratamiento proporcionado por otros proveedores de asistencia médica a menos que autorización sea obtenida para continuar el tratamiento.

Para información específica sobre esta poliza, llame o escriba al portador del seguro de su empleador:

2400 Lake Boulevard, Suite 200
Richardson, TX 75082
Phone: (800) 527-5531

Para información general acerca la compensación de los trabajadores, llame o escriba:

¡EL FRACASO DE ANUNCIAR ESTE LETRERO O ANUNCIAR UN LETRERO MODIFICADO EN EL LUGAR DE TRABAJO RESULTA EN UNA MULTA DE \$50 CONTRA EL EMPLEADOR!

Montana Department of Labor and Industry, Employment Relations Division, P.O. Box 8011, Helena, MT 59604-8011, Teléfono (406) 444-6532.