

# COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR DE MISSISSIPPI

## NOTIFICACIÓN DE COBERTURA

**I.** Por favor tome nota que su Empleador está en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi, y [**seleccione uno**] [ha sido aprobado por la Comisión de Compensación al Trabajador de Mississippi para actuar como asegurador de sí mismo], o [mantiene seguro de compensación al trabajador con el siguiente:]

\_\_\_\_\_  
(Nombre del asegurador o grupo de seguro propio)

\_\_\_\_\_  
(dirección y número de teléfono)

**II.** Los reclamos individuales de compensación al trabajador serán entregados y procesados por:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del administrador de reclamos de terceros u oficina de reclamos)

\_\_\_\_\_  
(dirección y número de teléfono)

**III.** Esta cobertura de compensación al trabajador está en vigencia durante el siguiente periodo:

\_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

**IV.** Todas las lesiones o enfermedades laborales deben ser reportadas tan pronto como sea factible a su supervisor inmediato, o a la siguiente persona:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona de contacto del empleador)

\_\_\_\_\_  
(Título y departamento o división)

**V.** Por favor tenga presente que cualquier persona que intencionalmente hace cualquier declaración o representación falsa o engañosa con el propósito de obtener o retener erróneamente cualquier beneficio o pago bajo la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi puede ser acusado de infracción de Miss. Code Ann. §71-3-69 (Rev. 2000) y al ser condenado será sujeto a las penas provistas en ella.