



Información de Compensación de Trabajadores

Si usted se ha lesionado, por favor notifíquelo a su supervisor inmediatamente o llame a Omaha National al 844-761-8400

La ley de compensación de trabajadores proporciona beneficios por pérdida de salario y beneficios médicos a los empleados que no pueden trabajar o que necesitan cuidado médico debido a una lesión relacionada con el trabajo. Los beneficios deben ser pagados por su empleador cuando este sea auto asegurado o a través de un seguro proporcionado por su empleador. Su empleador debe poner el nombre de la compañía responsable de pagar los beneficios de compensación de trabajadores en su lugar principal de negocios y en sus sitios de trabajo en un lugar prominente y de acceso fácil, incluyendo, entre otras, las áreas utilizadas para el tratamiento de empleados lesionados o para la administración de primeros auxilios.

Usted debe reportar inmediatamente a su empleador cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Sus beneficios pudiesen demorarse o denegarse si usted no le notifica a su empleador inmediatamente.

Si su reclamo es denegado por su empleador, usted tiene derecho a solicitar una audiencia ante un juez de compensación de trabajadores.

El Buro de Compensación de Trabajadores no puede proporcionar consejería legal. Sin embargo, usted puede contactar al Buro de Compensación de Trabajadores para información adicional general en:

Buro de Compensación de Trabajadores

1171 South Cameron Street, Room 103,
Harrisburg, Pennsylvania 17104-2501

Número de teléfono en el interior de Pennsylvania - (800) 482-2383

Número de teléfono fuera de esta Mancomunidad - (717) 772-4447

Teletipo (solamente para personas con deficiencias auditivas y del habla) - (800) 362-4228

www.state.pa.us (PA Palabra Clave: workers comp)

Yo he leído este documento. Yo entiendo completamente todo su contenido. Yo he hecho preguntas sobre cualquier cosa que no me quedaba clara. Yo estoy satisfecho con las respuestas que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho a pedir una copia de esto.

Completar en el momento de contratación:

Firma _____
Nombre Impreso _____ Fecha _____

Completar después de una lesión:

Firma _____
Nombre Impreso _____ Fecha _____

Envíenos el formulario completado por fax al 844-761-8402 o envíelo por correo electrónico a claims@omahanational.com.