

**RECUERDE: ES IMPORTANTE INFORMARLE
A SU EMPLEADOR SOBRE SU LESIÓN**

El nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador, el administrador externo (TPA) o la persona que maneja las reclamaciones de compensación para trabajadores de su empresa se muestran a continuación.

Nombre del empleador: _____

Fecha de publicación: _____

SI ESTA ASEGURADO/A:

(Complete todos espacios que apliquen)

**SI ALGUIEN QUE NO SEA LA ASEGURADORA ESTÁ
MANEJANDO LOS RECLAMOS:**

(Complete todos los espacios que apliquen)

Nombre de la compañía de seguro: _____

Nombre del TPA (Administrador de reclamos): _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Código del asegurador: _____

SI ESTA AUTO-ASEGURADO

(Complete todos los espacios que apliquen)

**SI ALGUIEN QUE NO SEA EL AUTO-ASEGURADOR ESTA
MANEJANDO LOS RECLAMOS:**

(Complete todos los espacios que apliquen)

Nombre de la persona que está manejando los reclamos en el autoseguro: _____

Nombre del TPA (Administrador de reclamos): _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono: _____

Código del asegurador: _____

Cualquier individuo que presente información errónea o incompleta a sabiendas y con la intención de defraudar, infringe la Sección 1102 de la Ley de Compensación para Trabajadores de Pensilvania, 77 P.S. §1039.2, y también puede estar sujeto a sanciones penales y civiles según 18 Pa. C.S.A. §4117 (relacionado con el fraude de seguros).

**Servicios de
información para
empleadores**
717.772.3702

Servicios de información de reclamaciones
Número gratuito dentro PA: 800.482.2383
Local & fuera de PA: 717.772.4447

**Personas con
discapacidad auditive**
PA Relay 7-1-1

Correo electrónico
ra-li-bwc-helpline@pa.gov

