



Formulario de Reconocimiento de Declaración de Fraude

Trabajador Lesionado _____
Empleador _____

Fecha de la Lesión _____
Fecha Actual _____

El estado de Florida requiere que le proporcionemos este documento para que lo revise, lo comprenda y lo reconozca.

Declaración de Fraude Según la Sección 440.105(7) de la Ley de Compensación Laboral de Florida:

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía de seguros o programa de autoaseguro, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa comete fraude de seguros, punible según lo dispuesto en el artículo 817.234.

Reconocimiento:

He revisado y comprendido la declaración de fraude arriba. He preguntado sobre cualquier duda que no me haya quedado clara. Estoy satisfecho con las respuestas recibidas. Entiendo que negarme a firmar esto puede resultar en la suspensión de beneficios o pagos.

Firma _____
Nombre impreso _____

Fecha _____

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