

NOTICIA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES

A su empleador le es requerido proveer pagos de beneficios bajo el Acta de Compensación para Trabajadores del Estado de Indiana.

Cualquier empleado que sea lesionado mientras esté trabajando debe reportar el accidente laboral inmediatamente a su supervisor, empleador o representante designado.

La compañía de seguro de compensación del trabajador o el administrador de la compañía _____

_____ es:

(nombre de la compañía)

THE CELINA MUTUAL INSURANCE COMPANY

1 INSURANCE SQUARE

CELINA, OH 45822

(800) 231-2318

Workers' Compensation Claims Manager
(persona de contacto)

Para más información acerca de sus derechos o los procedimientos bajo el sistema de compensación para trabajadores de Indiana, llame o escriba a:

Worker's Compensation Board of Indiana
Ombudsman Division
402 W. Washington St., Rm W-196
Indianapolis, IN 46204
(317) 232-3808 or (800) 824-2667