

# **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**  
(Contact Person)

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 W196  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 232-3808  
1-800-824-2667**