

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR DE MISSISSIPPI

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA

I. Por favor tome nota que su Empleador está en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi, y **[seleccione uno]** [ha sido aprobado por la Comisión de Compensación al Trabajador de Mississippi para actuar como asegurador de sí mismo], o [mantiene seguro de compensación al trabajador con el siguiente:]

The North River Insurance Company

(Nombre del asegurador o grupo de seguro propio)

PO Box 14139 Lexington, KY 40512

800-423-3060

(dirección y número de teléfono)

II. Los reclamos individuales de compensación al trabajador serán entregados y procesados por:

Employment Solutions of New York, Inc.

(Nombre del administrador de reclamos de terceros u oficina de reclamos)

86 West Market Street

Corning, NY 14830 (607) 732-7354

(dirección y número de teléfono)

III. Esta cobertura de compensación al trabajador está en vigencia durante el siguiente periodo:

7/1/26

hasta 7/1/27.

IV. Todas las lesiones o enfermedades laborales deben ser reportadas tan pronto como sea factible a su supervisor inmediato, o a la siguiente persona:

ES Representative

(Nombre de la persona de contacto del empleador)

Payroll Department

(Título y departamento o división)

V. Por favor tenga presente que cualquier persona que intencionalmente hace cualquier declaración o representación falsa o engañosa con el propósito de obtener o retener erróneamente cualquier beneficio o pago bajo la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi puede ser acusado de infracción de Miss. Code Ann. §71-3-69 (Rev. 2000) y al ser condenado será sujeto a las penas provistas en ella.