

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 mantiene seguro de compensación al trabajador con el siguiente:

THE TRAVELERS INSURANCE COMPANIES

(Nombre del asegurador o grupo de seguro propio)

ONE TOWER SQUARE
HARTFORD, CT 06183

(800) 238-6225

(dirección y número de teléfono)

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

TRAVELERS

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

P.O. BOX 4614
BUFFALO, NY 14240-4614

(800) 238-6225

(dirección y número de teléfono)

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

10-01-22 Hasta 10-01-25.

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

Rose International

(Nombre de la persona de contacto del empleador)

Human Resources Department
HR@roseint.com. (636) 812-4000, Option 2

(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 previstas en ella.