

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:]

CorePointe Insurance Company

(Nombre del asegurador o grupo de seguro propio)

PO Box 89404, Cleveland, OH 44101

Customer Service: 877-528-7878. Claims: 888-239-3909

(dirección y número de teléfono)

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

CorePointe Insurance Company

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

Customer Service: 877-528-7878

Claims: 888-239-3909

(dirección y número de teléfono)

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

10/01/2025 hasta 10/01/2026.

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 HR Department

(Nombre de la persona de contacto del empleador)

Contact HR at HR@roseint.com or call (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 provistas en ella.