

ESTADO DE VERMONT
Responsabilidades de la Empresa Contratante & Indemnización
por Accidentes Laborales (*Workers' Compensation*)

NOTIFICACIÓN A LOS EMPLEADOS

ESTA EMPRESA CONTRATANTE, _____
HA CUMPLIDO CON LAS DISPOSICIONES DEL TÍTULO 21 DE LOS ESTATUTOS DEL
ESTADO DE VERMONT, ANOTADAS EN LA §687, ASEGURÁNDOSE BAJO UNA PÓLIZA
DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES LABORALES EMITIDA POR:

(COMPAÑÍA DE SEGUROS)

EL EMPLEADO DE ESTA COMPAÑÍA TIENE DERECHO A SER INDEMNIZADO POR EL
TIEMPO PERDIDO, GASTOS MÉDICO GENERADOS, INCAPACIDAD SUFRIDA O LA
MUERTE, SI ÉSTOS FUESEN ATRIBUIBLES A UNA LESIÓN RELACIONADA CON SU
TRABAJO.

- LA LESIÓN SUFRIDA TENDRÁ QUE SER REPORTADA INMEDIATAMENTE A LA
COMPAÑÍA CONTRATANTE POR EL EMPLEADO LESIONADO.
- LA EMPRESA CONTRATANTE TENDRÁ QUE REMITIR UNA RECLAMACIÓN A
NOMBRE DEL EMPLEADO Y PRESENTAR EL PRIMER REPORTE DE UNA LESIÓN
EN EL FORMULARIO CORRESPONDIENTE (FORMULARIO 1) ANTE EL MINISTERIO
DE ASUNTOS LABORALES (*THE DEPARTMENT OF LABOR*), POR CONCEPTO DE
CUALQUIER LESIÓN QUE REQUIERA ATENCIÓN MÉDICA O QUE RESULTARA EN
LA PÉRDIDA DE TIEMPO LABORAL. LA EMPRESA TENDRÁ QUE REMITIR DICHA
RECLAMACIÓN Y REPORTE DENTRO DE 72 HORAS DESPUÉS DE HABER RECIBIDO
NOTIFICACIÓN DE LA LESIÓN. LA EMPRESA CONTRATANTE TAMBIÉN LE
TENDRÁ QUE PROPORCIONAR UNA COPIA DEL FINALIZADO FORMULARIO 1 AL
EMPLEADO LESIONADO Y A LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.
- SI LA EMPRESA CONTRATANTE NO CUMPLIERA CON LA PRESENTACIÓN DEL
PRECITADO PRIMER REPORTE, EL EMPLEADO PODRÁ LLENAR Y REMITIR EL
FORMULARIO 5 TITULADO NOTIFICACIÓN DE LESIÓN Y RECLAMACIÓN PARA
INDEMNIZACIÓN (NOTICE OF INJURY AND CLAIM FOR COMPENSATION—FORM
5) ANTE EL MINISTERIO DE ASUNTOS LABORALES E INDUSTRIALES DENTRO DE
SEIS MESES, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA LESIÓN.
- SI DESEA INFORMACIÓN REFERENTE A LOS DERECHOS Y BENEFICIOS DEL
EMPLEADO LESIONADO VISITE EL SITIO WEB DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES
LABORALES <http://labor.vermont.gov/workers-compensation> O SÍRVASE LLAMAR AL (802)
828-2286 O TTD 800-650-4152.

FORMULARIO 31 6/2017