

# WORKERS' COMPENSATION

## DECLARACIÓN DE SEGURO DEL EMPLEADOR A los empleados del signatario: Su empleador esta asegurado por

Aseguradora \_\_\_\_\_ Dirección y Número \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Por el periodo de \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Compañía de Ajuste \_\_\_\_\_

Dirección y número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Este seguro paga beneficios por lesiones laborales, enfermedad o muerte como se asegura en el Acto de Compensación de trabajadores de Alaska**

Empleador \_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Inmediatamente (Antes de 30 días después de la fecha de la lesión o muerte) déle a su empleador y a la División de Compensación de Trabajadores de Alaska notificación escrita de la lesión laboral causada, enfermedad, o muerte. Obtenga de su empleador el "Reporte de Lesiones o Enfermedades Ocupacionales" para este propósito. Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos y beneficios bajo el Acto de Compensación de Trabajadores de Alaska, contacte al asegurador en la dirección suministrada arriba y a la División de Compensación de Trabajadores de Alaska en la dirección más cercana de las siguientes:

**ANCHORAGE**  
3301 Eagle Street, Suite 304  
Anchorage, AK 99503  
(907) 269-4980

**FAIRBANKS**  
675 7th Avenue, Station K  
Fairbanks, AK 99701-4586  
(907) 451-2889

**JUNEAU**  
PO Box 115512  
1111 W 8th St Room 305,  
Juneau, AK 99811-5512  
(907) 465-2790

AVISO PARA EL EMPLEADOR: Como 23.30.060 lo requiere, usted debe publicar esta declaración en tres lugares concurridos en el lugar de trabajo proporcionado por el empleador.

Form 07-6120 (Revised 05/2012)

**PRINT**