

RECUERDA: ES IMPORTANTE DECIR a SU
EMPLEADOR ACERCA DE SU HERIDA

EL NOMBRE, la DIRECCION Y el NUMERO DE TELEFONO DE SU COMPANIA DE SUGUROS
de la COMPENSACION de TRABAJADORES de EMPLEADOR, ADMINISTRADOR de
TERCEROS, O la PERSONA que MANEJA los RECLAMOS de la COMPENSACION de
TRABAJADORES PARA SU COMPANIA, ES CONTENIDA ABAJO.

EL NOMBRE del
EMPLEADOR:

SI ASEGURADO:

EL NOMBRE DE la COMPANIA DE
SEGUROS:

The PMA Companies

DIRECCION 380 Sentry Parkway PO Box 3031
la DIRECCION de la CALLE
Blue Bell PA 19422-0754
(la CIUDAD) (el ESTADO) (CODIGO POSTAL)

el NUMERO DE TELEFONO: 1-888-476-2669

SI SER-ASEGURO:

EL NOMBRE: _____

DIRECCION: _____
la DIRECCION de la CALLE

(la CIUDAD) (el ESTADO) (CODIGO POSTAL)

el NUMERO DE TELEFONO: _____