

Compensación por accidentes de trabajo labora para usted:

Si usted se lastima en su lugar de empleo:

Compensación por accidentes de trabajo paga por todos los gastos médicos y tratamientos autorizados que se relacionen con su lesión u enfermedad y sean médicamente necesarios.

Si usted no puede trabajar o su ingreso es reducido debido a una lesión u enfermedad relacionada con su trabajo, y ha estado incapacitado por más de siete días, puede que sea elegible para recibir compensación por una porción de su sueldo.

Recompensa de \$25,000.00 **PROGRAMA DE RECOMPENSACIÓN ANTI FRAUDE**

Recompensas de hasta \$25,000.00 pueden ser pagadas a personas que proveen información al Departamento de Servicios Financieros que conduzca al arresto y convicción de aquellos que cometen fraude de seguros, incluyendo empleadores que ilegalmente dejan de obtener un seguro por accidentes de trabajo. Se puede reportar sospechas de fraude al Departamento llamando al **1-800-378-0445** o por correo electrónico al

<https://www.myfloridacfo.com/Division/DIFS/WCFraud/>
Nadie es sujeto a responsabilidad civil por someter dicha información si se actúa sin malicia, fraude o mala fe.

Esta notificación debe ser colocada y mantenida a la vista por el empleador en y alrededor del lugar o lugares de la Florida, División de Compensación por Accidentes de Trabajo

69L-6.007, F.A.C. Compensation Notice

DFS-F4-2026

Revised February 2019

WC8907c (02-19) Wolters Kluwer Financial Services, Inc. | Uniform Forms

1. Notifique a su empleador inmediatamente para obtener el nombre de un médico autorizado. Puede que el seguro de compensación por accidentes de trabajo no pague sus cuentas médicas si usted no reporta su accidente lo mas antes posible a su empleador.

2. Notifique al médico y a su personal que usted se lastimó en su lugar de empleo para que las cuentas medicas sean debidamente remitidas.

3. Si usted tiene algún problema con su reclamo o si tiene demasiadas demoras en su tratamiento, comuníquese con la División de Compensación por Accidentes de Trabajo al **1-800-342-1741**

Empleador _____
NOMBRE & DIRECCIÓN

proporciona la Compensación de Trabajador por _____

COMPANIA DEL SEGURO, FONDOS DE SEGURO PROPIO, SEGURO PROPIO
Número de la póliza _____ Fecha Efectiva: _____

Representante local o agente _____
NOMBRE

DIRECCIÓN _____ NUMERO TELEFÓNICO _____