

# Aviso a los Empleados

Su empleador está asegurado conforme a la Ley de Compensación de Trabajadores por Pinnacol Assurance.

Si usted se lastima o contrae una enfermedad en el trabajo, es posible que tenga derecho a beneficios de compensación según la ley. AVISE USTED POR ESCRITO A SU EMPLEADOR DENTRO DIEZ (10) DÍAS DEL ACCIDENTE. Si no informa su lastimadura a su empleador existe la posibilidad de que no reciba los beneficios de la ley.

No se pagarán beneficios por los tres primeros días de incapacidad, a menos que el periodo de incapacidad dure más de dos semanas. Después de las dos semanas, el valor de los beneficios, mientras el trabajador continúe incapacitado será 2/3 del salario semanal promedio, sujeto a un máximo fijado cada año por la ley.

El trabajador tiene el derecho de recibir servicios médicos, cirugía, u hospitalización para las lastimaduras o enfermedades. Para todas las lastimaduras el empleador o la compañía de seguros tiene el derecho en la primera instancia a seleccionar los médicos. Si la compañía de seguros no ha designado un médico representando su empleador, usted puede seleccionar los servicios de un médico titulado o un quiropráctico.

Por este medio, se le notifica que si usted debe alimentos para menores, los beneficios de compensación pueden ser incluidos y el pago puede ser retenido y enviado a quien corresponde según las secciones C.R.S. 8-42-124 y 26-13-122(4).

Los médicos escogidos por la compañía de seguros de su empleador son:

Además de los informes que el empleador debe archivar, el empleado lesionado puede archivar su propio informe para recibir beneficios médicos, y proteger sus derechos futuros. Para obtener los papeles necesarios (formas) o reclamar los beneficios de los pagos puntuales durante el tiempo que usted este incapacitado, o si necesita más información, sobre La Ley de Compensación Laboral, se pone en contacto con La División de Compensación a Trabajadores al 303.318.8700 ó 633 17th St., Suite 400, Denver, CO 80202-3660. Al solicitar cualquier información favor de incluir: su nombre como está registrado con su empleador, su número de seguro social, el nombre y la dirección de su empleador, y la fecha del accidente.