

EMPLOYERS[®] EMP WV MHCP

Carta de acuse de recibo inicial del empleado

Instrucciones: Esta carta debe ser proporcionada a los nuevos empleados al momento de contratarlos y a todos los empleados actuales antes de la implementación del EMP WV MHCP. La información en esta carta debe colocarse en el membrete de su compañía y usted debe conservar la documentación la cual compruebe cuya recepción de sus empleados. El lenguaje utilizado en la primera carta de acuse de recibo no debe ser modificado o alterado. Sin embargo, puede agregar información adicional si se considera apropiado, como por ejemplo a quien dentro de la compañía deben dirigirse los empleados si tienen preguntas acerca de la carta.

Plan de cuidados de la salud de EMPLOYERS West Virginia Managed Plan (EMP WV MHCP) Carta inicial del empleado

{Fecha}

A todos los empleados:

Esta carta confirma que Employers Compensation Insurance Company, Employers Preferred Insurance Company, o Employers Assurance Company (EMPLEADORES) participa en el plan EMPLOYERS West Virginia Managed Health Care Plan (EMP WV MHCP) a través de Coventry Health Care Workers' Compensation, Inc. Este programa surtió efecto a partir del <introduzca la primera fecha efectiva de la póliza>.

EN EL CASO DE QUE TENGA UNA LESIÓN O ENFERMEDAD DE INDEMNIZACIÓN LABORAL, NOTIFIQUE A SU ADMINISTRADOR O REPRESENTANTE DE RECURSOS HUMANOS LO ANTES POSIBLE

Su reclamo será administrado bajo el EMP WV MHCP. Al recibir el aviso de su lesión, EMPLOYERS distribuirá una copia del Aviso del Empleado, que transmite todas las reglas y las responsabilidades del programa.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de estos servicios, póngase en contacto con Coventry al **800-937-6824** opción 1, 1 y 1. O puede visitar el sitio web del localizador de proveedores en www.employers.com/claims-services/ y seleccionar "West Virginia (Virginia del Oeste)" de la lista desplegable.

Nos complace ofrecerles estos servicios de compensación a los trabajadores en caso de que tengan una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Si usted tiene alguna pregunta acerca de este programa EMP WV MHCP, no dude en contactar a su representante de Recursos Humanos.

America's small business insurance specialist[®]

tel 888 682-6671 | PO Box 32036 | Lakeland, FL 33802-2036 | www.employers.com

EIG Services, Inc., una agencia afiliada y de ajustadores

La compañía aseguradora preferida por los empleadores | Employers Assurance Company
Compañía de seguros de compensación de los empleadores | Employers Insurance Company of Nevada

Formulario de Acuse de recibo del empleado

Por favor, firme y feche este formulario en el siguiente espacio para indicar que ha recibido esta información. Devuelva este formulario firmado y fechado a su supervisor.

Al firmar este formulario, puedo confirmar lo siguiente:

- He recibido una carta inicial y la información de mi empleador sobre el uso del EMPLOYERS® West Virginia Managed Health Care Plan (EMP WV MHCP) para cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo;
- En el caso de que tenga una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, mis cuidados serán bajo la atención del EMP WV MHCP;
- En el momento de la lesión, voy a:
 - Notificar inmediatamente a mi supervisor acerca de mi lesión/enfermedad
 - Obtener más información de mi empleador y EMPLOYERS acerca de mis funciones y responsabilidades en el marco de este programa, incluyendo cómo localizar un proveedor y utilizar solo los proveedores médicos disponibles a través de la EMP WV MHCP si sufro un accidente laboral o enfermedad, excepto en casos de emergencias.

También entiendo que si consulto a un médico que no esté incluido como parte de la EMP WV MHCP para tratamiento de una reclamación de compensación de trabajadores, este tratamiento **puede no** estar autorizado. También comprendo que hay un proceso de disputas y quejas en sitio para cualquier inquietud que yo pueda tener sobre la EMP WV MHCP. Entiendo mis derechos y responsabilidades dentro del EMP WV MHCP y acepto cumplir con sus disposiciones.

Firmar y Devolver al supervisor de su empleador

Firma del Empleado

Nombre impreso

Fecha

Nombre del empleador/ubicación

Firma del representante del empleador

Fecha

Nota: este formulario de acuse de recibo se guardará en el archivo del empleado para confirmar la recepción de la notificación inicial acerca de la participación del empleador en el EMPLOYERS West Virginia Managed Health Care Plan en caso de que usted tenga una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.