

AVISO



SI SE LESIONA EN EL TRABAJO, TIENE DERECHOS BAJO LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE COLORADO. SU EMPLEADOR ESTÁ OBLIGADO POR LEY A TENER UN SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES. EL COSTO DEL SEGURO ES PAGADO EN SU TOTALIDAD POR SU EMPLEADOR. SI SU EMPLEADOR NO TIENE SEGURO DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES, USTED TODAVÍA TIENE DERECHOS BAJO LA LEY.

ES CONTRA LA LEY QUE SU EMPLEADOR TENGA UNA PÓLIZA CONTRARIA A LOS REQUISITOS DE INFORMES ESTABLECIDOS EN LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE COLORADO. SU EMPLEADOR ESTÁ ASEGURADO A TRAVÉS DE:

File a claim <https://rmi.colostate.edu/workers-compensation/file-an-incident/>

CSU Contact:
RMI, Attn Workers' Compensation
6002 Campus Delivery, Fort Collins, CO
80523-6002
Email: workcomp@colostate.edu
Phone (970)491-4832
Fax: (970) 491-4804

Third Party Administrator:
Gallagher Bassett (GB) PO Box 2934
Clinton, IA 52733-2934
Phone: 800-933-8143
Fax: (303) 796-9498

SI SE LESIONA EN EL TRABAJO, NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR TAN PRONTO COMO PUEDA E INFORME SU LESIÓN A SU EMPLEADOR POR ESCRITO DENTRO DE LOS 10 DÍAS POSTERIORES A LA LESIÓN. SI NO INFORMA SU LESIÓN CON PRONTITUD, AÚN PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO.

INFORME A SU EMPLEADOR SI NECESITA TRATAMIENTO MÉDICO. SI OBTIENE ATENCIÓN MÉDICA, ASEGÚRESE DE INFORMAR A SU EMPLEADOR Y PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE OCURRIÓ LA LESIÓN.

PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR ANTE LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. PARA OBTENER FORMULARIOS O INFORMACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES, LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE SERVICIO AL CLIENTE PARA LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES ES:



**Division of Workers' Compensation
633 17th Street, Suite 400
Denver, CO 80202**



**303-318-8700
1-888-390-7936 (Llame Gratis)
cdle.colorado.gov/dwc**

