



# AVISO DE DEL EMPLEADO DE RECHAZO DE LA LEY DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

## Empleado — Lea Antes De Firmar

Para que éste rechazo sea válido debe ser una elección libre y voluntaria de su parte, sin influencia de ningún tipo, intimidación, fraude o coerción de cual quiera forma.

Un trabajador que rechaza el Acta de Compensación al Trabajador, cede el derecho de recibir compensación y beneficios médicos proveídos por dicha Acta en caso de una lesión o muerte debido a un accidente dentro o fuera del curso del trabajo. Sin embargo, conserva el derecho de tomar acción en contra de su empleador por daños.

Número De Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Para: \_\_\_\_\_  
Nombre Completo Del Empleador

\_\_\_\_\_  
Dirección Completa Del Empleador Ciudad, Estado Y Código Postal

Por este medio, se le notifica que el que firmar abajo, está rechazando los términos, condiciones y provisiones de la ley para el pago de compensación como estipulada por de la ley de compensación al trabajador del estado de Arizona y las enmiendas a la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Empleado Dirección O Apartado Postal

\_\_\_\_\_  
Nombre En Letras De Molde Del Empleado Ciudad, Estado Y Código Postal

\_\_\_\_\_  
Número De Seguro Social Del Empleado Fecha de Nacimiento Relación Al Empleador (i.e., Conyugue, Hijo)

**NOTA:** Este aviso no es válido si no es llenado por duplicado y si no es entregado directamente al empleador. El empleador deberá, en todos los casos, entregar el original a CopperPoint Mutual Insurance Company dentro de 5 días después de haber recibido el aviso. El empleador puede quedarse con la segunda copia para su archivo.

**Envie La Copia Original A:** CopperPoint Mutual Insurance Company, 3030 North 3rd Street, Phoenix, AZ 85012-3068

**Empleador - Conserve Una Copia Para Sus Archivos**