



AVISO DE ANULACIÓN POR PARTE DEL EMPLEADO DE RECHAZO DE LOS TÉRMINOS DE LA LEY DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Número de Póliza: _____ Fecha: _____

Para: _____
Nombre Completo del Empleador

Dirección Completa del Empleador

Por Este Medio Anulo el Aviso de Rechazo de los Términos de la Ley de Compensación al Trabajador. Firmada por mi el: _____

Date

Firma del Empleado

Número de Seguro Social del Empleado

Nombre del Empleado en Letras de Molde

Dirección del Empleado

Nota: Este aviso no es válido si no es completado en duplicado y si no es entregado directamente al empleador. El empleador deberá, en todos los casos, entregar el original a 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 Insurance Companies, 3030 N 3rd Street, Phoenix, AZ 85012-3068
Empleador – Conserve la Copia Para Sus Archivos