



## **NOTICIA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES**

**A su empleador le es requerido proveer pagos de beneficios bajo el Acta de Compensación para Trabajadores del Estado de Indiana.**

**Cualquier empleado que sea lesionado mientras esté, trabajando debe reportar el accidente laboral inmediatamente a su supervisor, empleador o representante designado.**

**La compañía de seguro de compensación del trabajador o el administrador de la compañía**

**IMA FINANCIAL GROUP, INC.**

**(nombre de la compañía)**

**es:**

**THE TRAVELERS INSURANCE COMPANIES**

**(nombre de la compañía de seguro/administrador)**

**P.O. BOX 660456**

**(dirección)**

**DALLAS, TX 75266-0456**

**(ciudad, estado, código postal)**

**(800) 238-6225**

**(número de teléfono)**

**WC Supervisor**

**(persona de contacto)**

**Para más información acerca de sus derechos o loss procedimientos bajo el sistema de compensación para trabajadores de Indiana, llame o escriba a:**

**Workers' Compensation Board of Indiana  
Ombudsman Division  
402 W. Washington St., Rm W196  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 232-3808  
1-800-824-2667**

