COLORADO DEPARTMENT OF LABOR AND EMPLOYMENT DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

**Información De Indemnización Por Accidentes Laborales De Colorado**

**Su empleador tiene cobertura de indemnización por accidentes laborales para empleados completamente:**

|  |
| --- |
|  |

La indemnización por accidentes laborales es un tipo de cobertura de seguro que los empleadores deben proveer a sus empleados. El coste del seguro de indemnización por accidentes laborales es pagado completamente por el empleador y no puede ser deducido de los sueldos de un empleado.

Si usted sufrió un accidente o mantiene una enfermedad profesional en su trabajo, usted puede calificar para los beneficios de compensación. Usted tiene la obligación de NOTIFICAR POR ESCRITO A SU EMPLEADOR DENTRO DE 4 DÍAS DEL ACCIDENTE. Si usted no informa sobre su accidente o enfermedad profesional inmediatamente sus beneficios podrían ser reducidos.

Si usted no puede trabajar por el resultado de su accidente de trabajo o la enfermedad profesional, los beneficios de compensación serán pagados sobre la base de 2/3 de su sueldo semanal hasta un máximo fijado por ley. Los primeros 3 dias no son cubiertos por la aseguranza.

Usted está autorizado para el tratamiento médico que sea razonable y necesario si usted sufrió lesiones en el trabajo o enfermedades profesionales. Si usted notifica a su empleador sobre una lesión o la enfermedad profesional y no le ofrecen atención médica adecuada, usted puede seleccionar los servicios de otro médico que tenga licencia o que sea quiropráctico.

Usted puede reportar su propio reclamo si su empleador no lo ha hecho. Para obtener formularios o información acerca de accidentes laborales usted puede puede llamar al servicio de asistencia al numero 303-318-8700 o sin costo a 1-888-390-7936 o visitar nuestro sitio web en

[www.colorado.gov/cdle/dwc.](https://www.colorado.gov/cdle/dwc)

# COLORADO DEPARTMENT OF LABOR AND EMPLOYMENT

**633 17th St. Suite 400, Denver, CO 80202-3660**

**Cualquier información proveída abajo viene directamente de su empleador y es exclusivo de este lugar del empleo:**

|  |
| --- |
|  |

WC49B Rev 06/19 Página 1 de 1