



Informe de Reclamo Falso o Fraudulento

De acuerdo al Estatuto de la Florida 440.105(7), el trabajador herido o cualquier otra persona haciendo el reclamo bajo este capítulo, debe proporcionar su firma, así estará dando fé que ha revisado, entendido y reconoce el siguiente informe:

“Cualquier persona, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier Empleador o Trabajador, Compañía de Seguro, o Programa Autoasegurado, presente información falsa o engañosa estará cometiendo fraude de seguro, y podran ser castigados como se indica en § 817.234”.

Por favor lea cuidadosamente la siguiente información y hable con su ajustador de reclamos si no entiende alguna de estas partes. Este formulario debe ser retornado a Michigan Commercial Insurance Mutual, si no lo hace sus beneficios seran suspendidos.

Fraude en la Indemnización al Trabajador incluye, pero no esta limitado a:

- Informes fraudulentos o engañosos, sea escrito o verbal, en cuanto a salario, número de millas, gastos reembolsados.
- Informes fraudulentos o engañosos, sea escrito o verbal, de la condición física y la habilidad de retornar al trabajo.
- Informes fraudulentos o engañosos, sea escrito o verbal, para obtener beneficios, trabajo o falsificar datos en cuanto al accidente para obtener beneficios.

Yo doy fé que he leído y comprendido lo arriba indicado.

Social Security Number / Número De Seguro Social

Claim Number / Número De Reclamo

Worker's Name / Nombre Del Empleado

Address / Dirección

Date / Fecha

P.O. Box 80740 • Lansing, MI 48908-0740
888.922.5246 Toll Free • (517) 886.3900 • FAX (517) 886.3499