



FORMULARIO DE ACCIDENTE DE EMPLEADO – COMPENSACIÓN LABORAL

Account Name/Account Number

ENVÍE ESTA HOJA CON EL EMPLEADO A EL MÉDICO

- En caso de emergencia, llame a el 9-1-1
- Si no es una situación de vida o muerte, visite a un proveedor médico. Los proveedores médicos dentro de la red para todos los estados pueden encontrarse en [CNA Insurance - Find a Provider / CNA Insurance - Buscar un Proveedor](https://www.goperspecta.com/VPD/cnainsurance/public/ProviderSearch/Main) (<https://www.goperspecta.com/VPD/cnainsurance/public/ProviderSearch/Main>)
 - *Nota: Seleccione “CA MPN” en la lista desplegable “Network” para esta red específica del estado.*

Aseguradora de Compensación Laboral: **CNA Insurance**

Empleador:

Número de Póliza de Compensación Laboral en California:

Número de Póliza de Compensación Laboral en Todos los Otros Estados:

Nota: Por favor, no utilice su seguro medico personal.

Favor de enviar las facturas médicas y reportes a nuestra asegurador a la siguiente dirección:

CNA Insurance
PO Box 8317
Chicago, IL 60690

Número de Fax para Facturación de Compensación Laboral: 877-371-5122

Número de Teléfono de Servicio al Cliente de Compensación Laboral: 800-262-2000