

Fraud Statement Acknowledgement

According to Workers' Compensation statute, effective 10/1/03, if you have a work-related injury you must read and sign this form and return it to us immediately or your benefits may be suspended until your signature is received.

Pursuant to Florida Statute 440.105 (7): "An injured employee or any other party making a claim under this Chapter shall provide his or her personal signature attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the following statement:

ANY PERSON WHO, KNOWINGLY AND WITH INTENT TO CONJURE, DEFRAUD, OR DECEIVE ANY EMPLOYER OR EMPLOYEE, INSURANCE COMPANY, OR SELF-INSURED PROGRAM, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE OR MISLEADING INFORMATION COMMITS INSURANCE FRAUD, PUNISHABLE AS PROVIDED IN s. 817.234.

If the injured employee or other party refuses to sign the document attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the statement, benefits or payments under this Chapter shall be suspended until such signature is obtained."

Reconocimiento de Declaracion de Fraude

De acuerdo a la Ley de Indemnizacion a los Trabajadores, efectivo el 10/1/03, si usted tiene un accidente de trabajo, usted debera leer, firmar y devolver el documento adjunto inmediatamente o sus beneficios seran suspendidos hasta tanto se reciba este documento firmado.

De acuerdo a la Ley de Compensacion de la Florida 440.105 (7): El accidentado u otra persona que haga un reclamo de acuerdo a este capitulo debera proveer su firma testificando que el o el/a ha revisado, entendido, y reconoce la siguiente declaracion:

CUALQUIER PERSONA QUIEN CON CONOCIMIENTO, CON INTENCION DE HACER DANO, DE DEFRAUDAR, O ENGANAR CUALQUIER PATRONO O EMPLEADO, COMPANIA ASEGURADORA, O PROGRAMAS DE AUTOASEGUARADO, SOMETA UN TESTIMONIO DE RECLAMO CON FALSA O INFORMACION ENGAÑOSA COMETE FRAUDE CONTRA LA COMPANIA DE SEGUROS, CASTIGADO SEGUN PROVISTO POR EL ESTATUTO 817.234.

Si el accidentado u otra persona que haga un reclamo, se niega a firmar este documento dando fe de que el o el/a ha revisado, entendido y reconoce la siguiente declaracion, beneficios o pagos elegibles dentro de este capitulo, seran suspendidos hasta tanto la firma sea obtenida.

Signature (firma)

Date (fecha)

Print Name (nombre en letra de molde)

Social Security Number
(numero de seguro social)

PLEASE IMMEDIATELY SIGN AND RETURN TO :

Favor firmar y enviar inmediatamente a vuelta de correo al Especialista de Reclamo:

**USIS
CLAIMS DEPT
PO BOX 616648
ORLANDO, FL 32861-6648**