

Estado de Nevada
DEPARTAMENTO DE NEGOCIOS E INDUSTRIA
DIVISIÓN DE RELACIONES INDUSTRIALES
Sección de Compensación para Trabajadores

CESIÓN A LA DIVISIÓN PARA BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

CONSTE POR EL PRESENTE DOCUMENTO:

CONSIDERANDO QUE yo, el abajo firmante, sufrí lesiones a causa de un accidente laboral o contraí una enfermedad ocupacional, que surgieron en el marco y durante el ejercicio de mis funciones laborales a los _____ días de _____ de 20____, mientras trabajaba para _____; y

CONSIDERANDO QUE dicho empleador en esa fecha no proporcionó el seguro industrial obligatorio y no estaba certificado como empleador autoasegurado ni como miembro de una asociación de empleadores públicos o privados por la **División de Seguros de Nevada**, conforme a lo dispuesto en los capítulos 616A a 616D, inclusive, o en el capítulo 617 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS); y

CONSIDERANDO QUE he optado por recibir compensación del **Fondo de Reclamaciones contra Empleadores No Asegurados**, tal como se establece en los capítulos 616A a 616D, inclusive, y en el capítulo 617 de los NRS;

POR LO TANTO, en consideración al pago de la compensación que se me pueda corresponder, por el presente cedo y transfiero de manera irrevocable a la **División de Relaciones Industriales**, para su uso y beneficio adecuado, el derecho de subrogarse a mis derechos conforme a lo establecido en el capítulo 616C.215 de los NRS, contra el empleador no asegurado antes mencionado o cualquier otro tercero responsable, derivado de, relacionado con o conectado con las lesiones sufridas o la enfermedad ocupacional adquirida, tal como se expuso anteriormente.

Y POR EL PRESENTE, constituyo y nombro irrevocablemente a la mencionada **División de Relaciones Industriales**, sus sucesores y cesionarios, en mi nombre o de otro modo, y para el uso y beneficio exclusivo de la mencionada **División de Relaciones Industriales**, pero a sus propios costos y gastos, para exigir, demandar por, cobrar, recibir o dar recibos por dicha reclamación o causa de acción o cualquier parte de la reclamación, contra el mencionado empleador no asegurado.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, he ejecutado el presente instrumento a los _____ días de _____ de 20_____.

Empleado lesionado

Dirección

Firmado en presencia de:

Testigo

Testigo