

# Elección de cobertura por parte del empleador y retiro de la elección de cobertura por parte del empleador

De acuerdo con el capítulo 616B.656 de los Estatutos Revisados de Nevada (NRS)

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

N.º de Identificación Federal: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Profesión del empleado excluida: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha en que el administrador recibió el aviso de aceptación de las disposiciones de los capítulos 616A a 616D de los NRS.

Fecha de entrada en vigencia: \_\_\_\_\_ N.º de póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de aviso a la aseguradora: \_\_\_\_\_

Firma del representante del empleador: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

*Retiro de la elección del empleador*

Fecha de aviso al administrador: \_\_\_\_\_

Fecha de aviso a la aseguradora: \_\_\_\_\_

Firma del representante del empleador: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE LA SECCIÓN DE COMPENSACIÓN PARA  
TRABAJADORES (WCS)**

Método de envío

Correo de primera clase [  ] Transmisión electrónica/Fax [  ] Entrega personal [  ]

Fecha de recepción del aviso: \_\_\_\_\_