

**ADENDA A LA SOLICITUD PARA DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS SOLAMENTE  
PARA MÚLTIPLES EMPLEADORES**

Addendum To Petition for Benefit Determination for Multiple Employers

**Nombre del Empleado** \_\_\_\_\_

Employee Name

**Fecha de la lesión** \_\_\_\_\_

Date of Injury

Para reclamos con **múltiples empleadores por la misma lesión y fecha de pérdida**, enumere todos los posibles empleadores y transportistas. Se debe enviar una copia de este apéndice y la petición para la determinación de beneficios a todas las partes o sus abogados. También debe indicar cómo envió a todas las partes o a sus abogados una copia de este formulario.

For claims with multiple employers for the same injury and date of loss, please list all possible employers and carriers. A copy of this addendum and the petition for benefit determination must be sent to all parties or their attorneys. You must also indicate how you sent all parties or their attorneys a copy of this form.

---

*Solo para uso BWC: State File No.* \_\_\_\_\_ *RFA No.* \_\_\_\_\_ *Docket No.* \_\_\_\_\_

For BWC Use Only

**Nombre adicional del empleador** \_\_\_\_\_

Additional Employer's Name

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

Mailing Address

City

State

ZIP

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Phone

Fax

Email

**Persona de contacto del empleador** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Employer Contact Person

Email

**Via de notificación:**  En persona  Por correo  Fax  Correo electrónico **Notificación enviada a:** \_\_\_\_\_

Service by:

By Hand

Mail

Fax

Email

Service Sent to

---

**Abogado del empleador** \_\_\_\_\_ **BPR #** \_\_\_\_\_

Employer Attorney

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

Mailing Address

City

State

ZIP

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Phone

Fax

Email

**Persona de oficina a contactar** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Office Contact Person

Email

**Via de notificación:**  En persona  Por correo  Fax  Correo electrónico **Notificación enviada a:** \_\_\_\_\_

Service by:

By Hand

Mail

Fax

Email

Service Sent to

---

**Seguro de Compensacion Laboral** \_\_\_\_\_

Workers' Compensation Insurance Company

**Administrador de terceros:** \_\_\_\_\_

Third Party Administrator

**Nombre del ajustador de seguros:** \_\_\_\_\_ **Correo electrónico** \_\_\_\_\_

Adjuster Name

Email

**Dirección Postal** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_

Mailing Address

City

State

ZIP

**Teléfono** \_\_\_\_\_ **Fax** \_\_\_\_\_ **No. de reclamación del seguro** \_\_\_\_\_

Phone

Fax

Ins. Claim#

**Via de notificación:**  En persona  Por correo  Fax  Correo electrónico **Notificación enviada a:** \_\_\_\_\_

Service by:

By Hand

Mail

Fax

Email

Service Sent to

*¿Necesita enumerar más empleadores? Acceda a otra copia de este formulario.*