

# COASTAL TRANSPORT CO., INC.

1603 Ackerman Road  
San Antonio, TX 78219

---

## NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION

**Coastal Transport Co., Inc.** has workers' compensation insurance coverage from **National Interstate Insurance Company** to protect you in the event of work-related injury or illness. This coverage is effective from **May 1, 2015 to May 1, 2016**. Any injuries or illnesses which occur on or after that date will be handled by **National Interstate Insurance Company**. An employee or a person acting on the employee's behalf must notify the employer of an injury or illness not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an illness, unless the Commission determines that the cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Printed Name of Employee

\_\_\_\_\_

Signature of Witness

\_\_\_\_\_

Signature of Employee

---

## NOTIFICACION DE TENER ASEGURANZA DE COMPENSACION DEL TRABAJADOR

**Coastal Transport Co., Inc.** tiene seguraza para compensar al trabajador con **National Interstate Insurance Company**. Para protegerlo en el caso de una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo. Esta seguraza esta vigente desde **1 de Mayo de 2015 a 1 de Mayo de 2016**. Cualquier lesión o enfermedad que ocurra en o a partir de esa fecha será manejada por la **National Interstate Insurance Company**. El trabajador o la persona que lo representa debe notificar al patrón cuando ocurra una lesión o enfermedad antes de treinta (30) días después de que ocurra la lesión o dentro de treinta (30) días de la fecha en que el empleado se entero o debería estar enterado de la enfermedad, salvo que la Comisión determine que existía un buen motivo para no haber notificado al patrón dentro del tiempo señalado. Su patrón esta obligado a proporcionarle información sobre la seguraza cuando lo contrate para trabajar y así mismo debe de informarle cuando obtenga o deje de tener seguro de compensación para el trabajador.

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Nombre Impremiado de Empleado

\_\_\_\_\_

Firma de Testigo

\_\_\_\_\_

Firma de Empleado