

MISSISSIPPI WORKERS' COMPENSATION

NOTICE OF COVERAGE

I. Please take notice that your Employer is in compliance with the requirements of the Mississippi Workers' Compensation Law, and **[select one]** ~~[has been approved by the Mississippi Workers' Compensation Commission to act as a self-insurer]~~, or [maintains workers' compensation insurance coverage with the following:]

Old Republic Insurance Co. - Policy 0CAV03759508

(Name of insurance carrier or self-insurance group)

1900 Vaughn Rd Ste 350, Kennessaw, GA 30144

770-590-4950 [Report Claims to 1-800-437-2791]

(address & telephone number)

II. Individual workers' compensation claims will be submitted to and processed by:

Gallagher Bassett Services

(Name of third party claims administrator or claims office)

PO Box 92109, Nashville, TN 37229

Report Claims to 1-800-437-2791

(address & phone number)

III. This workers' compensation coverage is effective for the following period:
06/16/2020 to 06/16/2021.

IV. **All job related injuries or illnesses should be reported as soon as possible** to your immediate supervisor, or to the person listed below:

Donna Huffmaster 601-482-0364 ext 100

(Name of employer contact person)

Meridian Airport Authority Office Manager

(Title & Department/Division)

V. Please be advised that any person who willfully makes any false or misleading statement or representation for the purpose of obtaining or wrongfully withholding any benefit or payment under the Mississippi Workers' Compensation Law may be charged with violation of Miss. Code Ann. §71-3-69 (Rev. 2000) and upon conviction be subjected to the penalties therein provided.

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR DE MISSISSIPPI

NOTIFICACIÓN DE COBERTURA

I. Por favor tome nota que su Empleador está en cumplimiento con los requisitos de la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi, y **[seleccione uno]** ~~[ha sido aprobado por la Comisión de Compensación al Trabajador de Mississippi para actuar como asegurador de sí mismo]~~, o [mantiene seguro de compensación al trabajador con el siguiente:]

Old Republic Insurance Co. Policy # 0CAV03759508

(Nombre del asegurador o grupo de seguro propio)

1900 Vaughn Rd Ste 350, Kennesaw, GA 30144

770-590-4950 [Reportar Reclamaciones 1-800-437-2791]

(dirección y número de teléfono)

II. Los reclamos individuales de compensación al trabajador serán entregados y procesados por:

Gallagher Bassett Services

(Nombre del administrador de reclamos de terceros u oficina de reclamos)

PO Box 92109, Nashville, TN 37229

Reclamaciones 1-800-437-2791

(dirección y número de teléfono)

III. Esta cobertura de compensación al trabajador está en vigencia durante el siguiente periodo:

06/16/2020 hasta 06/16/2021.

IV. Todas las lesiones o enfermedades laborales deben ser reportadas tan pronto como sea factible a su supervisor inmediato, o a la siguiente persona:

Donna Huffmaster 601-482-0364 ext 100

(Nombre de la persona de contacto del empleador)

Meridian Airport Authority Office Manager

(Título y departamento o división)

V. Por favor tenga presente que cualquier persona que intencionalmente hace cualquier declaración o representación falsa o engañosa con el propósito de obtener o retener erróneamente cualquier beneficio o pago bajo la Ley de Compensación al Trabajador de Mississippi puede ser acusado de infracción de Miss. Code Ann. §71-3-69 (Rev. 2000) y al ser condenado será sujeto a las penas provistas en ella.