

The name, address and telephone number of your employer's workers' compensation insurance company, third-party administrator (TPA), or person handling workers' compensation claims for your company, are shown below.

Employer Name: STATE OF IDAHO **Date Posted:** _____

IF INSURED:
(Complete all applicable spaces)

**IF SOMEONE OTHER THAN INSURER IS
HANDLING CLAIMS:**
(Complete all applicable spaces)

Name of Insurance Company:
THE PMA COMPANIES

Name of TPA (Claims administrator):

Address: PO BOX 3031 380 SENTRY PARKWAY
BLUE BELL PA 19422-0754

Address: _____

Telephone Number: 1-888-476-2669

Telephone Number: _____

Insurer Code: PMA - 031

IF SELF-INSURED
(Complete all applicable spaces)

**IF SOMEONE OTHER THAN SELF-INSURER IS
HANDLING CLAIMS:**
(Complete all applicable spaces)

Name of person handling claims at
the self-insured:

Name of TPA (Claims administrator):

Address: _____

Address: _____

Telephone Number: _____

Telephone Number: _____

Insurer Code: _____

Any individual filing misleading or incomplete information knowingly and with the intent to defraud is in violation of Section 1102 of the Pennsylvania Workers' Compensation Act, 77 P.S. §1039.2, and may also be subject to criminal and civil penalties under 18 Pa. C.S.A. §4117 (relating to insurance fraud).

Employer Information
Services
717.772.3702

Claims Information Services
toll-free inside PA: 800.482.2383
local & outside PA: 717.772.4447

Hearing Impaired
PA Relay 7-1-1

Email
ra-li-bwc-helpline@pa.gov



El nombre, la dirección y el número de teléfono de la compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador, el administrador externo (TPA) o la persona que maneja las reclamaciones de compensación para trabajadores de su empresa se muestran a continuación.

Nombre del empleador: STATE OF IDAHO Fecha de publicación: _____

SI ESTA ASEGURADO/A:
(Complete todos espacios que apliquen)

**SI ALGUIEN QUE NO SEA LA ASEGURADORA ESTÁ
MANEJANDO LOS RECLAMOS:**
(Complete todos los espacios que apliquen)

Nombre de la compañía de seguro:
THE PMA COMPANIES

Nombre del TPA (Administrador de reclamaciones):

Dirección: PO BOX 3031 380 SENTRY PARKWAY
BLUE BELL PA 19422-0754

Dirección: _____

Número de teléfono: 1-888-476-2669

Número de teléfono : _____

Código del asegurador: PMA - 031

SI ESTA AUTO-ASEGURADO
(Complete todos los espacios que apliquen)

**SI ALGUIEN QUE NO SEA EL AUTO-ASEGURADOR ESTA
MANEJANDO LOS RECLAMOS:**
(Complete todos los espacios que apliquen)

Nombre de la persona que está manejando los reclamos
en el auto-seguro:

Nombre del TPA (Administrador de reclamaciones):

Dirección: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Número de teléfono : _____

Código del asegurador: _____

Cualquier individuo que presente información errónea o incompleta a sabiendas y con la intención de defraudar, infringe la Sección 1102 de la Ley de Compensación para Trabajadores de Pensilvania, 77 P.S. §1039.2, y también puede estar sujeto a sanciones penales y civiles según 18 Pa. C.S.A. §4117 (relacionado con el fraude de seguros).

**Servicios de
información para
empleadores**
717.772.3702

Servicios de información de reclamaciones
Número gratuito dentro PA: 800.482.2383
Local & fuera de PA: 717.772.4447

**Personas con
discapacidad auditive**
PA Relay 7-1-1

Correo electrónico
ra-li-bwc-helpline@pa.gov



Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.
Equal Opportunity Employer/Program