

AVISO

Form 17 NJ

El empleador abajo firmante, notifica que el pago de compensación a empleados y sus dependientes ha sido asegurado de acuerdo con las disposiciones de la ley de seguros de responsabilidad del empleador, Título 34, Capítulo 15, Artículo 5, Estatutos Revisados del estado New Jersey, asegurándolos con el

(Safety National Casualty Corporation) **Compañía de Seguro**
1832 Schuetz Road
St. Louis, MO 63146
(888) 995-5300

por el periodo

Comenzando 07/01/2022
Finalizando 07/01/2023
Empleador BROWN UNIVERSITY

De acuerdo con la ley citada anteriormente, aviso de cumplimiento deben publicarse y mantenerse de manera visible en y alrededor los lugares de trabajo del empleador.

Form 17 NJ