

## Need to file a Workers' Compensation claim?

We make the process easy and stress free.

---

At Great American, we understand that filing a claim can be stressful. That's why we give you multiple ways to report your claim.

Before reporting your claim, please have ready:

- Your policy number
- Complete and accurate information regarding the claim.



*Report Online*

**To use the app, you will first need to register on the Great American Insured Portal**

**<https://insuredportal.gaig.com>**

- 1. Click the Request Access link**
- 2. Complete the Policyholder Registration form**
- 3. Confirm the Insured Portal system generated "Identity Verification" email**

***Preregistration Required***



*Call our reporting center*  
**877-836-1555**



---

We support employers' return to work plans, and make every effort to assist you with yours. Please report a claim as soon as you are aware of it. We are available 24 hours a day, seven days a week!

Thank you for choosing Great American Insurance Group!

Great American Insurance Group, 301 E. Fourth St., Cincinnati, OH 45202. Policies are underwritten by Great American Insurance Company, Great American Assurance Company, Great American Alliance Insurance Company, Great American Insurance Company of New York, Great American Security Insurance Company and Great American Spirit Insurance Company, authorized insurers in all 50 states and DC. The Great American Insurance Group eagle logo and the word marks Great American® and Great American Insurance Group® are registered service marks of Great American Insurance Company. © 2020 Great American Insurance Company. All rights reserved. 4642-ALT-1 (5/20)



### **Accident Information:**

- Loss date and time of injury
- Date injury/occurrence reported to employer
- Time the accident was reported
- Who was the claim reported to?
- Supervisor name
- City, state, county where accident occurred
- Employer/Insured name, phone number
- What was employee doing at the time of the accident?
- Last date employee worked
- First full work day lost as a result of this injury
- Did the employee receive wage continuation (pay while off work due to injury)?
- Has employee returned to work?
- Date returned
- Was there a witness to the accident?
- Name, address and phone number of witness(es)

### **Employee Information:**

- Name, physical home address, county, and home phone
- Date of birth, Social Security number, gender, marital status
- Regular occupation
- Department where employee regularly works
- State in which the employee was hired
- Name, address, phone number of contact person

### **Medical Provider Information:**

- Name of clinic/doctor's office where employee was treated
- Name of treating physician, address, phone
- Name, address and phone number of hospital where employee was treated following injury

*After you report a claim, the Claim Reporting Center:*

- Assigns your claim to an Alternative Markets Claim professional who will contact you and your employee to acknowledge the claim and initiate the process.
- Provides you with a copy of the First Report of Injury.
- Sends this report directly to the state either by mail or electronic submission, based on your state's requirements.

## Establishing a Managed Care Panel

---

Great American Insurance Group has contracted with Procura/Optum to provide customizable Physician and Clinic Networks for our insureds. These networks provide injured workers with industry leading care and medical treatment at significant cost savings to employers.

Most states have specific guidelines governing the right for an employer or employee to direct care in the event of an industrial injury. Some states require the establishment of a Medical Panel for the initial treatment of work-related injuries. Due to the significant cost savings associated with Medical Panels, Great American – Alternative Markets recommends that employers establish medical Panels for all work locations.

### **Mandatory Panel States: GA, PA, TN, VA**

### **Medical Provider Network (Opt-in): California**

Medical Panels will need to be established BEFORE you have your first claim. Please fill out the below questionnaire listing all work locations and send to:

**AlternativeMarketsAccountServices@GAIG.COM**

Once received, you will be contacted by a member of our account services team to discuss the needs of your business and how to best construct the medical panel that will deliver appropriate coverage to your employee population.

## **Questionnaire**

**Named Insured:** \_\_\_\_\_

**Location:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Contact name:** \_\_\_\_\_

**Contact phone number:** \_\_\_\_\_

**Employee count:** \_\_\_\_\_

**Current network:**  Yes  No

**EMPLOYER'S FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS**

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

**INJURED WORKER INFORMATION:**

Name:	Phone:
Address:	City: State: Zip:
Social Security Number:	Date of Birth:
Marital Status: Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/>	Sex: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/>
Occupation / Job Title:	Date Hired:
Employment Status:	Number of Dependents:
Wage: Wage Period: Daily <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/>	
Full Pay for Day of Injury: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Number of Days Worked per Week:

**EMPLOYER INFORMATION:**

Business Name:	Phone:
Employer Contact:	Phone:
Mailing Address:	City: State: Zip:
Physical Address:	City: State: Zip:
Industry Code:	Employer FEIN: Occupational Class Code:

**INSURANCE INFORMATION:**

Carrier:	Phone:	Carrier FEIN:
Carrier Address:	City:	State: Zip:
Claim Administrator:	Phone:	Administrator FEIN:
Administrator Address:	City:	State: Zip:
Policy / Self-Insured Number:	Policy Period:	
Jurisdiction Claim Number (JCN):	Claim Administrator Claim Number:	

**OCCURANCE:**

Date of Injury / Disease:	Time of Injury:	Date Employer Notified:
Nature:	Body Part:	Cause:
Last Day Worked:	Date Disability Began:	Date Returned to Work:
Fatality: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Date of Death:	Date Administrator Notified:
Location of Occurrence: Employer's Premises: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Other:		
Accident Description:		

Witnesses: Yes  No  If yes list their names and phone number:

For your protection, it is required by Utah Law to give notice that workers' compensation fraud is a crime. See next page for full fraud statement.



**INSTRUCTIONS TO THE EMPLOYER**

*Rule R612-200-1(A)(2) Except for injuries treated only by first aid, an employer shall report each employee work injury within 7 days after receiving initial notice of the injury, as follows:*

- a. An employer that has obtained workers' compensation insurance shall report the injury to its insurance carrier.*
- b. An employer that has received Division authorization to self-insure shall report the injury to its claims administrator.*
- c. An employer that has failed to obtain worker's compensation coverage shall report the injury by contacting the Division directly.*

*3. An employer has notice of a work injury upon the earliest of:*

- a. Observation of the injury;*
- b. Verbal or written notice of the injury from any source; or*
- c. Receipt of any other information sufficient to warrant further inquiry by the employer.*

**PLEASE NOTE:**

The filing of this form does not admit liability or fault. However, failure to file this report with the insurance carrier and provide a copy to the injured worker is a Class C misdemeanor and can also result in a citation and civil penalty for each violation as per §34A-2-407(7), R612-200-1M, §34-A-30108(7), §34A-6-302, and §34A-6-307, U.C.A.

The insurance carrier is to receive the original of this form. The injured worker shall then receive a copy along with their rights and obligations of the Utah's Workers' Compensation Act (Form 100). The employer should keep a copy for their records. The Labor Commission, Division of Industrial Accidents, will receive an electronic copy from the insurance carrier. The electronic copy of this form is private information and only released to parties of the claim.

In order to dispute the validity of the injured worker's claim, contact the insurance carrier or claim administrator for more information.

All fields on this form are required. Please complete this form entirely and do not leave any blank fields. This form will be returned and additional information will be requested if it is not properly completed. If you, the employer, need assistance to complete the form contact your Workers' Compensation Insurance Carrier or Claims Administrator.

**FRAUD WARNING:**

Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files, claim for disability compensation, medical benefits, health care fees, or other professional services are of guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.



**THIS FORM IS TO BE PROVIDED TO THE INJURED WORKER WITH THE INITIAL REPORT OF INJURY****RIGHTS**

**Medical Expenses:** You are entitled to have all reasonable medical expenses paid that are as a result of a work-related injury or illness. You may also be eligible for reimbursement for travel to and from approved medical care.

**Compensation Benefits:** You may be entitled to 66-2/3% of your wages up to 100% of the state average weekly wage if the claim is found to be compensable and a physician states you are totally unable to work. No compensation benefits are to be paid in the first three (3) days unless the disability prevents you from working for more than a total of fourteen (14) days. If your work injury or illness prevents you from earning your full wage while you are recovering and working with restrictions, you may be entitled to partial compensation. If you have sustained a permanent impairment due to an industrial injury or disease, you are entitled to disability compensation based on an impairment rating as determined by a physician. If you are permanently and totally disabled from working due to an industrial injury, you may need to apply for a hearing at the Labor Commission to determine if benefits are due.

**Dependent Benefits:** In the case of death of an employee resulting from a work-related injury, workers' compensation shall pay some funeral and burial expenses. In addition, the deceased worker's spouse, dependent children, and other dependents may be entitled to monthly payments.

**Reemployment Assistance:** You may be eligible for reemployment assistance if you are unable to return to work due to an industrial injury. Contact the insurance adjuster or the Utah State Office of Rehabilitation for further information at (801)-887-9500 or [www.usor.utah.gov](http://www.usor.utah.gov).

**RESPONSIBILITIES:**

**Employer's Physician:** If your employer has a company physician or designated clinic for industrial accidents, you must see the company physician first or you may be obligated to pay for the difference in medical costs. After you have been seen by your employer's physician, you have the right to change the treating physician once throughout the duration of your claim.

**Medical Records:** You shall comply with rules adopted by the Labor Commission regarding disclosure of your medical records which are relevant to the industrial accident or illness claim, otherwise benefits could be denied.

**Cooperation:** Promptly provide information requested by the insurance adjuster and cooperate with the investigation of your claim. If a claim is denied and you disagree with the denial reason, you may file an application for hearing and an Administrative Law Judge will issue a decision on your claim.

**Medical Cooperation:** You must cooperate with your employer or the insurance adjuster by following prescribed medical treatments / evaluations / visits as to return to work as quickly as possible.

**Concerns:** Contact the insurance adjuster if problems arise concerning your industrial accident claim regarding medical treatment, payment of medical bills, compensation benefits, or work restrictions. If you have any additional questions regarding your rights and responsibilities throughout the duration of the claim process, feel free to contact the Utah Labor Commission, Division of Industrial Accidents.

**The employer must provide a copy of this form to the injured worker with form 122E Employer's First Report of Injury. Additionally, the carrier/self-insured employer must provide a copy of this form to the injured worker with the initial injury report processed for the claim (Form 122C, 089, or 441).**

**FRAUD WARNING**

Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files, claim for disability compensation, medical benefits, health care fees, or other professional services are guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.



**ESTE FORMULARIO DEBE SER PROPORCIONADO AL TRABAJADOR LESIONADO CON EL INFORME INICIAL DE LESIÓN**

**DERECHOS:**

Gastos Médicos: Usted tiene derecho a que se paguen todos los gastos médicos razonables que sean como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. También puede ser elegible para el reembolso por el viaje hacia y desde proveedores médicos aprobados.

Beneficios De La Compensación: Usted puede tener derecho a 66-2/3% de su salario hasta el 100% del salario promedio semanal del estado si el reclamo se determina que es compensable y un médico declara que usted es totalmente incapaz de trabajar. No se pagan beneficios de compensación en los primeros tres días a menos que la discapacidad le impida trabajar más de un total de 14 días. Si su lesión laboral o enfermedad le impide ganar su salario completo mientras se está recuperando y trabajando con restricciones, puede tener derecho a una compensación parcial. Si usted ha sufrido una incapacidad permanente debido a una lesión o enfermedad industrial, tiene derecho a una compensación de incapacidad que es basada en una calificación de incapacidad que es determinada por un médico. Si está permanentemente y totalmente incapacitado de trabajar debido a una lesión o enfermedad laboral, tiene que solicitar una audiencia en la Comisión Laboral para determinar si los beneficios son debidos.

Beneficios Para Dependientes: En caso de muerte de un empleado como resultado de una lesión relacionada con el trabajo, la compensación para los trabajadores pagará algunos gastos funerarios y del entierro. Además, el esposo/la esposa, los hijos a cargo, y otros dependientes del trabajador fallecido pueden tener derecho a pagos mensuales.

Asistencia De Reemplazo: Usted puede ser elegible para recibir asistencia de reemplazo si no puede regresar al trabajo debido a una lesión laboral. Para obtener más información, comuníquese con el ajustador de seguros o con la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah al 801-887-9500 o [www.usor.utah.gov](http://www.usor.utah.gov).

**RESPONSABILIDADES:**

Médico Del Empleador: Si su empleador tiene un médico de la compañía o una clínica designada para accidentes industriales, es necesario ver al médico de la compañía primero o puede estar obligado a pagar por la diferencia en los gastos médicos. Después de haber sido visto por el médico del empleador, tiene el derecho de cambiar al médico tratante una vez durante la duración de su reclamo.

Registros Médicos: Usted deberá cumplir con las reglas adoptadas por la Comisión Laboral con respecto al descargo de sus registros médicos que sean relevantes al reclamo de accidente o enfermedad industrial, si no los beneficios podrían ser negados.

Cooperación: Proporcione rápidamente la información solicitada del ajustador de seguros y coopere con la investigación de su reclamo. Si se niega su reclamo y no está de acuerdo con la razón de denegación, puede presentar una solicitud de audiencia y un Juez de Derecho Administrativo hará una decisión sobre su reclamo.

Cooperación Médica: Usted debe cooperar con su empleador o con el ajustador de seguros en seguir los tratamientos, evaluaciones, y visitas médicas para regresar al trabajo lo más rápido posible.

Preocupaciones: Póngase en contacto con el ajustador de seguros si tiene problemas acerca de su reclamo de accidente industrial con respecto al tratamiento médico, pago de facturas médicas, beneficios de compensación o restricciones de trabajo. Si tiene preguntas adicionales sobre sus derechos y responsabilidades durante el proceso de reclamo, debe comunicarse con la Comisión Laboral de Utah, División de Accidentes Industriales

El empleador debe proporcionar una copia de esta forma al trabajador lesionado junto con la forma 122E (primer reporte de accidente del empleador) adicionalmente la compañía de seguros o compañía auto asegurada debe proporcionar una copia de esta forma al trabajador lesionado junto con el primer reporte de accidente. (forma 122 c, 089, or 441).

**ADVERTENCIA DE FRAUDE**

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta a la compañía de seguros, aplique por un reclamo por incapacidad, beneficios médicos, honorarios de atención médica u otros servicios profesionales, es culpable de un crimen y esta sujeto a multas o encarcelamiento en una prisión estatal.



**THIS FORM IS TO BE PROVIDED TO THE INJURED WORKER WITH THE INITIAL REPORT OF INJURY****RIGHTS**

**Medical Expenses:** You are entitled to have all reasonable medical expenses paid that are as a result of a work-related injury or illness. You may also be eligible for reimbursement for travel to and from approved medical care.

**Compensation Benefits:** You may be entitled to 66-2/3% of your wages up to 100% of the state average weekly wage if the claim is found to be compensable and a physician states you are totally unable to work. No compensation benefits are to be paid in the first three (3) days unless the disability prevents you from working for more than a total of fourteen (14) days. If your work injury or illness prevents you from earning your full wage while you are recovering and working with restrictions, you may be entitled to partial compensation. If you have sustained a permanent impairment due to an industrial injury or disease, you are entitled to disability compensation based on an impairment rating as determined by a physician. If you are permanently and totally disabled from working due to an industrial injury, you may need to apply for a hearing at the Labor Commission to determine if benefits are due.

**Dependent Benefits:** In the case of death of an employee resulting from a work-related injury, workers' compensation shall pay some funeral and burial expenses. In addition, the deceased worker's spouse, dependent children, and other dependents may be entitled to monthly payments.

**Reemployment Assistance:** You may be eligible for reemployment assistance if you are unable to return to work due to an industrial injury. Contact the insurance adjuster or the Utah State Office of Rehabilitation for further information at (801)-887-9500 or [www.usor.utah.gov](http://www.usor.utah.gov).

**RESPONSIBILITIES:**

**Employer's Physician:** If your employer has a company physician or designated clinic for industrial accidents, you must see the company physician first or you may be obligated to pay for the difference in medical costs. After you have been seen by your employer's physician, you have the right to change the treating physician once throughout the duration of your claim.

**Medical Records:** You shall comply with rules adopted by the Labor Commission regarding disclosure of your medical records which are relevant to the industrial accident or illness claim, otherwise benefits could be denied.

**Cooperation:** Promptly provide information requested by the insurance adjuster and cooperate with the investigation of your claim. If a claim is denied and you disagree with the denial reason, you may file an application for hearing and an Administrative Law Judge will issue a decision on your claim.

**Medical Cooperation:** You must cooperate with your employer or the insurance adjuster by following prescribed medical treatments / evaluations / visits as to return to work as quickly as possible.

**Concerns:** Contact the insurance adjuster if problems arise concerning your industrial accident claim regarding medical treatment, payment of medical bills, compensation benefits, or work restrictions. If you have any additional questions regarding your rights and responsibilities throughout the duration of the claim process, feel free to contact the Utah Labor Commission, Division of Industrial Accidents.

**The employer must provide a copy of this form to the injured worker with form 122E Employer's First Report of Injury. Additionally, the carrier/self-insured employer must provide a copy of this form to the injured worker with the initial injury report processed for the claim (Form 122C, 089, or 441).**

**FRAUD WARNING**

Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files, claim for disability compensation, medical benefits, health care fees, or other professional services are guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.





**THIS FORM IS TO BE PROVIDED TO THE INJURED WORKER WITH THE INITIAL REPORT OF INJURY****RIGHTS**

**Medical Expenses:** You are entitled to have all reasonable medical expenses paid that are as a result of a work-related injury or illness. You may also be eligible for reimbursement for travel to and from approved medical care.

**Compensation Benefits:** You may be entitled to 66-2/3% of your wages up to 100% of the state average weekly wage if the claim is found to be compensable and a physician states you are totally unable to work. No compensation benefits are to be paid in the first three (3) days unless the disability prevents you from working for more than a total of fourteen (14) days. If your work injury or illness prevents you from earning your full wage while you are recovering and working with restrictions, you may be entitled to partial compensation. If you have sustained a permanent impairment due to an industrial injury or disease, you are entitled to disability compensation based on an impairment rating as determined by a physician. If you are permanently and totally disabled from working due to an industrial injury, you may need to apply for a hearing at the Labor Commission to determine if benefits are due.

**Dependent Benefits:** In the case of death of an employee resulting from a work-related injury, workers' compensation shall pay some funeral and burial expenses. In addition, the deceased worker's spouse, dependent children, and other dependents may be entitled to monthly payments.

**Reemployment Assistance:** You may be eligible for reemployment assistance if you are unable to return to work due to an industrial injury. Contact the insurance adjuster or the Utah State Office of Rehabilitation for further information at (801)-887-9500 or [www.usor.utah.gov](http://www.usor.utah.gov).

**RESPONSIBILITIES:**

**Employer's Physician:** If your employer has a company physician or designated clinic for industrial accidents, you must see the company physician first or you may be obligated to pay for the difference in medical costs. After you have been seen by your employer's physician, you have the right to change the treating physician once throughout the duration of your claim.

**Medical Records:** You shall comply with rules adopted by the Labor Commission regarding disclosure of your medical records which are relevant to the industrial accident or illness claim, otherwise benefits could be denied.

**Cooperation:** Promptly provide information requested by the insurance adjuster and cooperate with the investigation of your claim. If a claim is denied and you disagree with the denial reason, you may file an application for hearing and an Administrative Law Judge will issue a decision on your claim.

**Medical Cooperation:** You must cooperate with your employer or the insurance adjuster by following prescribed medical treatments / evaluations / visits as to return to work as quickly as possible.

**Concerns:** Contact the insurance adjuster if problems arise concerning your industrial accident claim regarding medical treatment, payment of medical bills, compensation benefits, or work restrictions. If you have any additional questions regarding your rights and responsibilities throughout the duration of the claim process, feel free to contact the Utah Labor Commission, Division of Industrial Accidents.

**The employer must provide a copy of this form to the injured worker with form 122E Employer's First Report of Injury. Additionally, the carrier/self-insured employer must provide a copy of this form to the injured worker with the initial injury report processed for the claim (Form 122C, 089, or 441).**

**FRAUD WARNING**

Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files, claim for disability compensation, medical benefits, health care fees, or other professional services are guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.



**ESTE FORMULARIO DEBE SER PROPORCIONADO AL TRABAJADOR LESIONADO CON EL INFORME INICIAL DE LESIÓN****DERECHOS:**

**Gastos Médicos:** Usted tiene derecho a que se paguen todos los gastos médicos razonables que sean como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. También puede ser elegible para el reembolso por el viaje hacia y desde proveedores médicos aprobados.

**Beneficios De La Compensación:** Usted puede tener derecho a 66-2/3% de su salario hasta el 100% del salario promedio semanal del estado si el reclamo se determina que es compensable y un médico declara que usted es totalmente incapaz de trabajar. No se pagan beneficios de compensación en los primeros tres días a menos que la discapacidad le impida trabajar más de un total de 14 días. Si su lesión laboral o enfermedad le impide ganar su salario completo mientras se está recuperando y trabajando con restricciones, puede tener derecho a una compensación parcial. Si usted ha sufrido una incapacidad permanente debido a una lesión o enfermedad industrial, tiene derecho a una compensación de incapacidad que es basada en una calificación de incapacidad que es determinada por un médico. Si está permanentemente y totalmente incapacitado de trabajar debido a una lesión o enfermedad laboral, tiene que solicitar una audiencia en la Comisión Laboral para determinar si los beneficios son debidos.

**Beneficios Para Dependientes:** En caso de muerte de un empleado como resultado de una lesión relacionada con el trabajo, la compensación para los trabajadores pagará algunos gastos funerarios y del entierro. Además, el esposo/la esposa, los hijos a cargo, y otros dependientes del trabajador fallecido pueden tener derecho a pagos mensuales.

**Asistencia De Reemplazo:** Usted puede ser elegible para recibir asistencia de reemplazo si no puede regresar al trabajo debido a una lesión laboral. Para obtener más información, comuníquese con el ajustador de seguros o con la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah al 801-887-9500 o [www.usor.utah.gov](http://www.usor.utah.gov).

**RESPONSABILIDADES:**

**Médico Del Empleador:** Si su empleador tiene un médico de la compañía o una clínica designada para accidentes industriales, es necesario ver al médico de la compañía primero o puede estar obligado a pagar por la diferencia en los gastos médicos. Después de haber sido visto por el médico del empleador, tiene el derecho de cambiar al médico tratante una vez durante la duración de su reclamo.

**Registros Médicos:** Usted deberá cumplir con las reglas adoptadas por la Comisión Laboral con respecto al descargo de sus registros médicos que sean relevantes al reclamo de accidente o enfermedad industrial, si no los beneficios podrían ser negados.

**Cooperación:** Proporcione rápidamente la información solicitada del ajustador de seguros y coopere con la investigación de su reclamo. Si se niega su reclamo y no está de acuerdo con la razón de denegación, puede presentar una solicitud de audiencia y un Juez de Derecho Administrativo hará una decisión sobre su reclamo.

**Cooperación Médica:** Usted debe cooperar con su empleador o con el ajustador de seguros en seguir los tratamientos, evaluaciones, y visitas médicas para regresar al trabajo lo más rápido posible.

**Preocupaciones:** Póngase en contacto con el ajustador de seguros si tiene problemas acerca de su reclamo de accidente industrial con respecto al tratamiento médico, pago de facturas médicas, beneficios de compensación o restricciones de trabajo. Si tiene preguntas adicionales sobre sus derechos y responsabilidades durante el proceso de reclamo, debe comunicarse con la Comisión Laboral de Utah, División de Accidentes Industriales

El empleador debe proporcionar una copia de esta forma al trabajador lesionado junto con la forma 122E (primer reporte de accidente del empleador) adicionalmente la compañía de seguros o compañía auto asegurada debe proporcionar una copia de esta forma al trabajador lesionado junto con el primer reporte de accidente. (forma 122 c, 089, or 441).

**ADVERTENCIA DE FRAUDE**

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta a la compañía de seguros, aplique por un reclamo por incapacidad, beneficios médicos, honorarios de atención médica u otros servicios profesionales, es culpable de un crimen y esta sujeto a multas o encarcelamiento en una prisión estatal.



**ESTE FORMULARIO DEBE SER PROPORCIONADO AL TRABAJADOR LESIONADO CON EL INFORME INICIAL DE LESIÓN****DERECHOS:**

**Gastos Médicos:** Usted tiene derecho a que se paguen todos los gastos médicos razonables que sean como resultado de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. También puede ser elegible para el reembolso por el viaje hacia y desde proveedores médicos aprobados.

**Beneficios De La Compensación:** Usted puede tener derecho a 66-2/3% de su salario hasta el 100% del salario promedio semanal del estado si el reclamo se determina que es compensable y un médico declara que usted es totalmente incapaz de trabajar. No se pagan beneficios de compensación en los primeros tres días a menos que la discapacidad le impida trabajar más de un total de 14 días. Si su lesión laboral o enfermedad le impide ganar su salario completo mientras se está recuperando y trabajando con restricciones, puede tener derecho a una compensación parcial. Si usted ha sufrido una incapacidad permanente debido a una lesión o enfermedad industrial, tiene derecho a una compensación de incapacidad que es basada en una calificación de incapacidad que es determinada por un médico. Si está permanentemente y totalmente incapacitado de trabajar debido a una lesión o enfermedad laboral, tiene que solicitar una audiencia en la Comisión Laboral para determinar si los beneficios son debidos.

**Beneficios Para Dependientes:** En caso de muerte de un empleado como resultado de una lesión relacionada con el trabajo, la compensación para los trabajadores pagará algunos gastos funerarios y del entierro. Además, el esposo/la esposa, los hijos a cargo, y otros dependientes del trabajador fallecido pueden tener derecho a pagos mensuales.

**Asistencia De Reemplazo:** Usted puede ser elegible para recibir asistencia de reemplazo si no puede regresar al trabajo debido a una lesión laboral. Para obtener más información, comuníquese con el ajustador de seguros o con la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah al 801-887-9500 o [www.usor.utah.gov](http://www.usor.utah.gov).

**RESPONSABILIDADES:**

**Médico Del Empleador:** Si su empleador tiene un médico de la compañía o una clínica designada para accidentes industriales, es necesario ver al médico de la compañía primero o puede estar obligado a pagar por la diferencia en los gastos médicos. Después de haber sido visto por el médico del empleador, tiene el derecho de cambiar al médico tratante una vez durante la duración de su reclamo.

**Registros Médicos:** Usted deberá cumplir con las reglas adoptadas por la Comisión Laboral con respecto al descargo de sus registros médicos que sean relevantes al reclamo de accidente o enfermedad industrial, si no los beneficios podrían ser negados.

**Cooperación:** Proporcione rápidamente la información solicitada del ajustador de seguros y coopere con la investigación de su reclamo. Si se niega su reclamo y no está de acuerdo con la razón de denegación, puede presentar una solicitud de audiencia y un Juez de Derecho Administrativo hará una decisión sobre su reclamo.

**Cooperación Médica:** Usted debe cooperar con su empleador o con el ajustador de seguros en seguir los tratamientos, evaluaciones, y visitas médicas para regresar al trabajo lo más rápido posible.

**Preocupaciones:** Póngase en contacto con el ajustador de seguros si tiene problemas acerca de su reclamo de accidente industrial con respecto al tratamiento médico, pago de facturas médicas, beneficios de compensación o restricciones de trabajo. Si tiene preguntas adicionales sobre sus derechos y responsabilidades durante el proceso de reclamo, debe comunicarse con la Comisión Laboral de Utah, División de Accidentes Industriales

El empleador debe proporcionar una copia de esta forma al trabajador lesionado junto con la forma 122E (primer reporte de accidente del empleador) adicionalmente la compañía de seguros o compañía auto asegurada debe proporcionar una copia de esta forma al trabajador lesionado junto con el primer reporte de accidente. (forma 122 c, 089, or 441).

**ADVERTENCIA DE FRAUDE**

Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta a la compañía de seguros, aplique por un reclamo por incapacidad, beneficios médicos, honorarios de atención médica u otros servicios profesionales, es culpable de un crimen y esta sujeto a multas o encarcelamiento en una prisión estatal.



# WORKERS' COMPENSATION NOTICE

**Employer:** \_\_\_\_\_  
has complied with the provisions of the Workers' Compensation Act (§34A-2-101, Utah Code Annotated), the Utah Occupational Disease Act (§34A-3-101, Utah Code Annotated), and the rules of the Labor Commission by insuring the liability to pay the compensation and other benefits provided by said Acts through:

**Insurance Company:** \_\_\_\_\_

**Policy Number:** \_\_\_\_\_

Address for the above insurance company: \_\_\_\_\_

Telephone number: \_\_\_\_\_

Check here if the employer has been authorized by the Division of Industrial Accidents to self-insure and directly pay workers' compensation benefits.

## WORKERS' COMPENSATION

Workers' Compensation is insurance which pays medical expenses and helps offset lost wages for employees with work-related injuries or illnesses. If you have an on-the-job injury or occupational disease, it may pay for: hospital and medical bills, time lost from work, permanent loss of body function, prosthetic devices, and burial and dependent benefits in case of death.

### HOW TO REPORT AN ACCIDENT

1. Report the injury, no matter how slight, immediately to your supervisor. You may lose your rights if your injury is not reported within 180 days of the injury or work-related illness.
2. Ask your employer where you should go for treatment. If your employer has a first-aid room or company designated doctor, go there promptly for treatment. If not, go to a doctor of your choice.
3. Tell the doctor HOW, WHEN and WHERE the accident happened. The doctor will fill out a physician's initial report form. A copy of the report is given to you and copies of the report are sent to the insurance company and the Labor Commission within seven (7) days of your doctor visit.
4. Your employer shall fill out the employer's first report of injury form. A copy of this report is sent to the insurance company within seven (7) days of the accident. The insurance company will report the injury to the Labor Commission.

### HOW TO START COMPENSATION

1. Ask your employer which insurance company pays workers' compensation benefits for the company.
2. Ask your employer to report the accident to the insurance company and give you the claim number.
3. Call the insurance company and ask them to start your workers' compensation benefits. The insurance company will require the employer's report, the physician's report, and may ask you to fill out a request for compensation. Cooperate with the adjuster's investigation of the injury.
4. Ask your doctor to send medical reports to the insurance company, including the work status statement.

### REHABILITATION

If you cannot return to work, you may be eligible for a rehabilitation program. Contact the insurance company listed above or the Utah State Office of Rehabilitation.

**FRAUD STATEMENT:** "Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files or causes to be filed a false or fraudulent claim for disability compensation or medical benefits, or submits a false or fraudulent report or billing for health care fees or other professional services is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison."



**STATE OF UTAH - LABOR COMMISSION**  
160 EAST 300 SOUTH - 3<sup>rd</sup> FLOOR, PO BOX 146610  
SALT LAKE CITY, UT 84114-6610

Phone: (801) 530-6800 • Toll Free: (800)530-5090 • Email: [LACCD@utah.gov](mailto:LACCD@utah.gov)

If you want copy of an *Employee's Guide to Workers' Compensation* booklet or have questions, contact the Labor Commission or go to the webpage at [www.laborcommission.utah.gov](http://www.laborcommission.utah.gov).

**Note:** This notice must be posted and kept continuously in public and conspicuous places in the office, shop or place of business of the employer as per §34A-2-204 and §34A-2-104.5, Utah Code Annotated.

# AVISO DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

**La Empresa:** \_\_\_\_\_

Ha cumplido con las disposiciones de la Ley de Compensación para los Trabajadores (§34A-2-101, Código de Utah Anotado), la Ley de Enfermedades Ocupacionales de Utah (§34A-3-101, Código de Utah Anotado), y las reglas de la Comisión Laboral por asegurando la obligación de pagar compensación y otros beneficios previstos por las Leyes y teniendo cobertura con:

**Compañía de Seguros:** \_\_\_\_\_

**Numero de Póliza:** \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

- Marque aquí si la División de Accidentes Industriales ha autorizado al empleador a tener el auto-seguro y pagar los beneficios de compensación directamente al trabajador.

## COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

Compensación para los trabajadores es un seguro que paga los gastos médicos y ayuda a compensar los salarios perdidos de los empleados con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Si usted tiene una lesión en el trabajo o una enfermedad ocupacional, puede pagar: facturas hospitalarias y médicas, pérdida de tiempo del trabajo, pérdida permanente de la función corporal, dispositivos protésicos y servicios funerarios y beneficios para dependientes en caso de muerte.

### COMO REPORTAR UN ACCIDENTE

1. Informe inmediatamente a su supervisor de la lesión. Usted puede perder sus derechos si no reporte su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo dentro de 180 días.
2. Pregunte a su empleador dónde debe ir para recibir tratamiento. Si su empleador tiene un clínico designado, vaya allí de inmediato para recibir tratamiento. Si no tiene un clínico designado, vaya a un médico de su elección.
3. Informe al doctor **CÓMO**, **CUÁNDO** y **DÓNDE** ocurrió el accidente. El médico llenará el formulario de informe inicial del médico. Usted debe recibir una copia del informe y copias se envían a la compañía de seguros y a la Comisión Laboral dentro de siete (7) días de su visita al médico.
4. Su empleador llenará el formulario de informe inicial del empleador. Usted debe recibir una copia del informe y una copia se envía a la compañía de seguros dentro de siete (7) días. La compañía de seguros es responsable a reportar a la Comisión Laboral.

### COMO EMPEZAR COMPENSACIÓN

1. Pregunte a su empleador qué compañía de seguros pagará los beneficios de compensación para los trabajadores.
2. Pídale a su empleador que reporte el accidente a la compañía de seguros y que le dé el número de reclamo.
3. Llame a la compañía de seguros y pídale que inicien sus beneficios de compensación para trabajadores. La compañía de seguros requerirá el informe del empleador, el informe del médico, y puede pedirle a usted que llene una solicitud de compensación. Cooperar con la investigación del ajustador sobre la lesión.
4. Pídale a su médico que envíe informes médicos a la compañía de seguros, incluyendo la declaración de estado de trabajo.

### REHABILITACIÓN

Si no puede regresar al trabajo, puede ser elegible para un programa de rehabilitación. Póngase en contacto con la compañía de seguros mencionada anteriormente o con la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah.

**DECLARACIÓN DE FRAUDE:** "Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta de suscripción de seguros, archivos o causas para presentar un reclamo falso o fraudulento por compensación de incapacidad o beneficios médicos, o presente un informe o facturación falsa o fraudulenta por gastos médicos u otros servicios profesionales es culpable de un crimen y pueden ser sujetos a multas y confinamiento en una prisión estatal."



### ESTADO DE UTAH - COMISIÓN LABORAL

160 EAST 300 SOUTH - 3º PISO, PO BOX 146610

SALT LAKE CITY, UT 84114-6610

Teléfono: (801)530-6800 • Línea gratuita: (800)530-5090 • Correo electrónico: [IACCD@utah.gov](mailto:IACCD@utah.gov)

Si desea una copia del folleto de *la Guía Sobre el Seguro de Compensación Para los Trabajadores* o tiene preguntas, comuníquese con la Comisión Laboral o visite la página web en [www.laborcommission.utah.gov](http://www.laborcommission.utah.gov).

Nota: Este aviso debe ser publicado y mantenido continuamente en lugares públicos y visibles en la oficina, tienda o lugar de negocios del empleador según §34A-2-204 y §34A-2-104.5, Código de Utah Anotado.