001443

FORM 17

Revised 12/2020

N.C. WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO INJURED WORKERS AND EMPLOYERS

All employees of this business, except specifically excluded executive officers, suffering work-related injuries may be entitled to Workers' Compensation benefits from the employer or its insurance carrier.

IF YOU HAVE A WORK-RELATED INJURY OR AN OCCUPATIONAL DISEASE

The Employee Should:

- Report the injury or occupational disease to the Employer immediately.
- Give written notice to the Employer within 30 days.
- File a claim with the Industrial Commission on a Form 18 immediately, but no later than 2 years from injury date or occupational disease. Give a copy to the Employer.
- If medical treatment and wage loss compensation are not promptly provided, call the insurance carrier/administrator or request a hearing before the Industrial Commission using a Form 33 Request for Hearing. Commission form s are available at website www.ic.nc.gov or by calling the Help Line.
- Your employer's workers' compensation insurance carrier is THE TRAVELERS INSURANCE COMPANIES.
- The insurance policy number is UB-0K349422-24-14-G.
- Your employer's workers' compensation insurance policy is valid from 03-01-24 until 03-01-25.

For assistance: Call the Industrial Commission HELP LINE—(800) 688-8349.

The Employer Should:

- Provide all necessary medical services to the Employee.
- Report the injury to the carrier/administrator and file a Form 19 Report of Injury within 5 days with the Industrial Commission, if the Employee misses more than 1 day from work or if cumulative medical costs exceed $4,000.00.
- Give a copy of your completed Form 19 to the Employee along with a copy of a blank Form 18 Notice of Accident. Ensure that compensation is promptly paid as required under the Workers' Compensation Act.

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISION

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION
1235 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-1235

Website: www.ic.nc.gov

TO EMPLOYER: THIS FORM MUST BE PROMINENTLY POSTED IF YOU HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE OR QUALIFY AS SELF-INSURED. (N.C. Gen.Stat. §97-93).

W32P1L20

001444

A000009503600144

FORMA 17 Revisada 12/2020

AVISO DE COMPENSACIÓN LABORAL A EMPLEADORES Y EMPLEADOS LESIONADOS

Todo empleado de este negocio que sufre lesiones relacionadas al trabajo puede tener derecho a beneficios de compensación laboral por parte del empleador o el portador de seguro del empleador, excepto oficiales ejecutivos expresamente excluídos.

SI USTED TIENE UNA LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO O UNA ENFERMEDAD OCUPACIONAL

El Empleado deberá:

- **Reportar inmediatamente su lesión o enfermedad ocupacional a su empleador.**
- **Notificar por escrito al empleador dentro de treinta (30) días que ocurre la lesión o enfermedad ocupacional.**
- **Hacer inmediatamente un reclamo a la Comisión Industrial usando la Forma 18, no más tarde de (2) años de ocurrir o desarrollar su lesión o enfermedad ocupacional.**
- **Si el tratamiento médico o el pago de compensación no es prontamente suministrado, llame a la compañía de seguros/administrador o requiera una audiencia ante la Comisión Industrial usando la Forma 33 Petición que la Demanda sea Asignada a una Audiencia.**
- **Las formas de la Comisión están disponibles en la página web www.ic.nc.gov o llamando a la Línea de Ayuda.**
- **La compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador es** THE TRAVELERS INSURANCE COMPANIES.
- **El número de la póliza de seguro es** UB-0K349422-24-14-G.
- **La póliza de seguro de compensación para trabajadores de su empleador es válida desde** 03-01-24 **hasta** 03-01-25.

Para asistencia: Llame a la Comisión Industrial LÍNEA DE AYUDA – (800) 688-8349.

El Empleador deberá:

- **Proveer todos los servicios médicos necesarios al empleado.**
- **Reportar la lesión a la compañía de seguros/administrador y a la Comisión Industrial usando la Forma 19 Reporte de Accidente dentro de cinco (5) días, si su empleado falta más de un (1) día de trabajo o si los gastos de tratamientos médicos exceden los $4,000.00.**
- **Proveer a su empleado una copia de la Forma 19 y una copia en blanco de la Forma 18 Aviso de Accidente.**
- **Pagar puntualmente compensación al empleado de acuerdo con el Acta de Compensación Laboral.**

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION
1235 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-1235
Página Oficial en Español: www.ic.nc.gov

EMPLEADOR: ESTA FORMA DEBE ESTAR VISIBLEMENTE PUBLICADA SI USTED TIENE SEGURO DE COMPENSACIÓN LABORAL O SI USTED CALIFICA PARA ESTAR AUTOASEGURADO. (N.C. Gen . Stat. § 97-93).

W32P2L20