

(TO BE POSTED ON BULLETIN BOARD)

Utica National's Telephonic Claims Reporting/
Medical Case Management

Uti-CARE

**The emphasis is on
the CARE.**

NOTICE TO EMPLOYEES:

**In case of an on the job accident notify your supervisor
IMMEDIATELY**

(Insert Name of Employer)

**has selected the following medical providers to
render medical care to injured employees.**

1ST CHOICE	**Contact HR Department		
	(Name of Physician)	(Address)	(Telephone Number)
2ND CHOICE			
	(Name of Physician)	(Address)	(Telephone Number)
3RD CHOICE			
	(Name of Physician)	(Address)	(Telephone Number)
4TH CHOICE			
	(Name of Physician)	(Address)	(Telephone Number)
5TH CHOICE			
	(Name of Physician)	(Address)	(Telephone Number)
6TH CHOICE			
	(Name of Physician)	(Address)	(Telephone Number)

UTICA NATIONAL INSURANCE GROUP

- ☐ **UTICA MUTUAL INSURANCE COMPANY**
- ☐ **GRAPHIC ARTS MUTUAL INSURANCE COMPANY**
- ☐ **REPUBLIC-FRANKLIN INSURANCE COMPANY**
- ☐ **UTICA NATIONAL INSURANCE COMPANY OF OHIO**
- ☐ **UTICA NATIONAL INSURANCE COMPANY OF TEXAS**

TENNESSEE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE POSTING NOTICE

How to Report Work-Related Injuries

What should be done if injured at work?

Employee

1. Immediately **report the injury** to the employer representative named below.
2. **Select a treating physician** from a panel provided by your employer.
3. If you have questions or problems, contact the employer representative or the Bureau of Workers' Compensation.

Employer

1. Complete your company's internal "Workplace Injury form" and **notify your workers' compensation insurance company** immediately, even if you have concerns about the validity of the claim.
2. **Offer a panel of physicians** to the employee via Form C-42 available on the Bureau's website. *In cases of emergency, call an ambulance and provide this form as soon as the injured employee has stabilized.*

Donna Raab, Chief Human Resources Officer

*Printed **name and title** of the employer representative to be notified in the event of a work-related injury*

Lauren Moratti

*Printed name of an **alternative employer representative** to be notified in the event of a work-related injury*

516-773-8645

***Telephone number** of employer representative to notify in event of a work-related injury*

135 Crossways Park Drive, Suite 300, Woodbury, NY 11797

***Address** of employer representative to notify in event of a work-related injury*

The Tennessee Bureau of
Workers' Compensation is
available to help both
employees and employers.



220 French Landing Dr. 1-B
Nashville, TN 37243-2667
800-332-2667
615-532-4812 TTD: 800-332-2257
tn.gov/workerscomp

Workers' Compensation law requires this notice to be posted in a conspicuous place at the work site at all times.

AVISO DE SEGURO DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE TENNESSEE



La ley exige que se ponga este aviso en un lugar del negocio del empleador para que todos los empleados tengan acceso al mismo.

¿QUÉ EMPLEADORES ESTÁN CUBIERTOS POR LA LEY DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR DE TENNESSEE?

Todo empleador que tenga cinco (5) o más de cinco empleados de tiempo completo o tiempo parcial, except como se indica a continuación.

Todo empleador que se dedique a la explotación de minas y la producción de carbón que tenga uno (1) o más de un empleado.

Todos los trabajadores de la industria de la construcción a menos que específicamente esten exentos.

¿QUÉ DEBE HACER UN EMPLEADO SI SE LESIONA EN EL TRABAJO?

1. Notificar al empleador de la lesión inmediatamente;
2. Escoger a un médico que le atienda de la lista que le dé el empleador en el formulario descrito abajo.
Para notificar una lesión contacte a:

Nombre del representante del empleador para notificar en caso de una lesión relacionada con el trabajo

Número de teléfono del representante del empleador en caso de una lesión relacionada con el trabajo

Dirección del representante del empleador en caso de una lesión relacionada con el trabajo

3. Si tiene alguna pregunta o un problema, contacte a la Oficina como se indica a continuación.

¿QUÉ DEBE HACER EL EMPLEADOR CUANDO SE LE NOTIFICA DE UNA LESIÓN?

1. Llenar inmediatamente el formulario Primera Notificación de Accidente de Trabajo y enviarlo a la compañía de seguro de accidentes de trabajo o al administrador del seguro contra tercera persona; Y
2. Ofrecer al empleado una lista de médicos. Los médicos tienen que ser proporcionados en el formulario oficial del estado, que es el ACUERDO ENTRE EL EMPLEADOR / ELECCIÓN DE MÉDICO DEL EMPLEADO -Forma C -42 . Instrucciones adicionales están disponibles en el formulario. El formulario está disponible en: <http://www.tn.gov/assets/entities/labor/attachments/c42.pdf>

La Oficina de Compensación de Trabajadores de Tennessee tiene personal disponible para ayudar tanto a los empleados como al empleador. Para mayor información, contacte al:

TENNESSEE BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION
220 FRENCH LANDING DRIVE, 1-B
NASHVILLE, TENNESSEE 37243-1002
615-532-4812 O LLAME GRATIS AL 800-332-2667
800-332-2257 (TDD)

<http://www.tn.gov/workforce/section/injuries-at-work>