

WORKERS' COMPENSATION NOTICE THAT

Employer: WMBE PAYROLLING, INC.

has complied with the provisions of the Workers' Compensation Act, Title §34A-2-101, Utah Code Annotated, 1997 (as amended), and the rules of the Labor Commission, and has insured the liability to pay the compensation and other benefits provided by said

Act by insuring with Insurance Carrier: ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY OF ILLINOIS

Policy Number: WC 5714187

Address for the above insurance carrier is P.O. Box 981030 West Sacramento, CA 95798

Telephone number is 800-987-3373

WORKERS' COMPENSATION

IS INSURANCE WHICH PROTECTS YOU DURING WORK. IF YOU HAVE AN ON-THE-JOB INJURY OR OCCUPATIONAL DISEASE, IT WILL PAY FOR: HOSPITAL AND MEDICAL BILLS * TIME LOST FROM WORK * PERMANENT LOSS OF BODY FUNCTION * PROSTHETIC DEVICES * BURIAL BENEFITS IN DEATH CASES.

HOW TO REPORT AN ACCIDENT

1. Report the injury - no matter how slight - to your boss immediately. (You may lose your rights if your in-jury is not reported promptly.)
2. Ask your employer to fill out the employer's first report of injury form. A copy of this report is to be given to you and copies are to be sent to the insurance company within seven (7) days of the accident.
3. 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.
4. Tell the doctor HOW, WHEN and WHERE the accident happened. The doctor will fill out a medical report form. Copies of the report are to be sent within seven (7) days of your visit to (1) the insurance company, (2) the Labor Commission and (3) you, the employee.

HOW TO START COMPENSATION

1. Ask your employer which insurance company pays workers' compensation for your company.
2. Ask your doctor to send a medical report to that insurance company.
3. Ask your employer to send a report of the accident to that insurance company.
4. Call the insurance company and ask them to start your workers' compensation benefits. The insurance company will require the doctor's report, employer's report, and may ask you to fill out a request for compensation.

REHABILITATION

IF YOU CANNOT RETURN TO WORK,
YOU MAY BE ELIGIBLE FOR A
REHABILITATION PROGRAM - CALL
YOUR INSURANCE CARRIER AS LISTED
ABOVE

FRAUD

"For your protection, Utah law requires the following to appear on this form, 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, P.O. BOX 146610, SALT LAKE CITY UT 84114-6610
(801) 530-6800 - (800) 530-5090

If you want an Employee's Guide to Workers' Compensation or have questions, call the Labor Commission at the above listed numbers.

NOTE: This notice must be posted and kept continuously in a public and conspicuous place in the office, shop or place of business of the employer as per §34A-2-204, Utah Code Annotated, 1997.

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

NOTE QUE

La empresa: WMBE PAYROLLING, INC.

Ha cumplido con las provisiones del Acta de Compensación al Trabajador, Título §34A-2-101, en el libro de Código de Utah anulado en 1997, y las reglas de la Comisión de Labor (Labor Commission), y ha asegurado tener la responsabilidad de pagar compensación y otros beneficios previstos por el Acta ya mencionada al tener cobertura con.

Compañía de Seguros: ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY OF ILLINOIS

No. de Póliza: WC 5714187

Dirección de la compañía de seguros: P.O. Box 981030 West Sacramento, CA 95798

Numero de teléfono: 800-987-3373

COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

ES EL SEGURO EL CUAL LE PROTÉGÉ DURANTE EL TRABAJO. SI TIENE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO O UNA ENFERMEDAD GENERADA A CAUSA DE SU TRABAJO, SU SEGURO PAGARA POR: HOSPITAL Y GASTOS MEDICOS * INCAPACIDAD * PERDIDA PERMANENTE DE UNA FUNCION DE SU CUERPO * PROTESIS * GASTOS DEL FUNERAL EN CASO DE MUERTE.

COMO REPORTAR UNACCIDENTE

1. Reporte la lesión – no importa que tan leve sea – a su supervisor inmediatamente. (Pierde sus derechos si no reporta su accidente entre 180 días después del incidente.)
2. Pida a su supervisor que llene la forma del primer reporte de accidente. Una copia de este reporte es para usted y las demás copias deben ser enviadas a La Comisión Laboral a la compañía de seguro dentro de los primeros siete (7) días del accidente.
3. Si en su trabajo hay un cuarto de primeros auxilios o un doctor de la compañía, vaya inmediatamente para obtener tratamiento, Si no, vaya al doctor de su preferencia.

Digale al doctor **CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE** ocurrió el accidente. El doctor llenara una forma de reporte médico. Copias de ese reporte deben ser enviadas dentro de siete (7) días de su visita a (1) la compañía de seguros, (2) La Comisión Laboral (3) usted, el empleado.

COMO EMPREZAR LA COMPENSACIÓN

1. Pregunte a su supervisor cual es la compañía de seguros que paga Compensación al Trabajador de su trabajo.
2. Pida a su doctor que mande un reporte médico a esa compañía de seguros.
3. Pida a su supervisor que mande un reporte del accidente a esa compañía de seguros.
4. Llame a la compañía de seguros y pidales que empiecen sus beneficios de compensación al trabajador. La compañía de seguros requerirá el reporte del doctor, el reporte de su trabajo, y le pedirá que llene una forma para obtener compensación.

REHABILITACION

SI NO PUEDE REGRESAR A SU TRABAJO, USTED PUEDE CALIFICAR PARA UN PROGRAMA DE REHABILITACION – LLAME A LA COMPAÑIA DE SEGUROS MENCIONADA ARRIBA

FRAUDE

“Para su protección, la ley de Utah requiere lo siguiente que aparezca en esta forma, cualquier persona que intencionalmente presente información false o fraudulenta, que abara o cause que sea abierto un caso fraudulento de discapacidad o beneficios médicos, o que entregue un reporte fraudulento de facturas de gastos médicos u otros servicios profesionales es culpable de crimen y puede ser sujeto a multas y encarcelado en la prisión del Estado.”

ESTADO DE UTAH



COMISION LABORAL

160 EAST 300 SOUTH, PO BOX 1466, SALT LAKE CITY, UTAH 84114-6610
(801)530-6800 – (800)530-5090

Si desea una Guía del Empleado para Compensación al Trabajador o si tiene preguntas, llame a la Comisión Laboral a los números mencionados arriba.

NOTA: Esta información debe ser publicada y permanecer continuamente colocada en un lugar público ya sea en la oficina, taller, o lugar de negocio de la empresa de acuerdo con el Artículo §34A-2-204, en el libro de Código de Utah anulado en 1997.