

# **WORKER'S COMPENSATION NOTICE**

**Your employer is required to provide for payment of benefits under the Worker's Compensation Act of the State of Indiana.**

**Any employee who is injured while at work should report the injury immediately to their supervisor, employer, or designated representative.**

**The worker's compensation insurance carrier or the administrator for**

**WMBE PAYROLLING, INC.**

**is:**

**ZURICH AMERICAN INSURANCE  
COMPANY OF ILLINOIS**

**(name of company)**

**(name of insurance carrier or administrator)**

**ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY OF ILLINOIS**

**(name of carrier/administrator)**

**P.O. Box 512000**

**(mailing address)**

**Indianapolis, IN 46251-2000**

**(city, state, zip)**

**800-987-3373**

**(telephone number)**

**CENTRAL ZONE**

**(contact person)**

**For more information about rights or procedures under the Indiana Worker's Compensation system, call or write:**

**Worker's Compensation Board of Indiana  
Ombudsman Division  
402 W. Washington St., Rm W196  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 232-3808  
1-800-824-2667**

## **NOTICIA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES**

**A su empleador le es requerido proveer pagos de beneficios bajo el Acta de Compensación para Trabajadores del Estado de Indiana.**

**Cualquier empleado que sea lesionado mientras esté trabajando debe reportar el accidente laboral inmediatamente a su supervisor, empleador o representante designado.**

**La compañía de seguro de compensación del trabajador o el administrador de la compañía**  
**WMBE PAYROLLING, INC.**

**es:**

**(nombre de la compañía)**

**ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY OF ILLINOIS**

**(nombre de la compañía de seguro/administrador)**

**P.O. Box 512000**

**(dirección)**

**Indianapolis, IN 46251-2000**

**(ciudad, estado, código postal)**

**800-987-3373**

**(número de teléfono)**

**Central Zona**

**(persona de contacto)**

**Para más información acerca de sus derechos o los procedimientos bajo el sistema de compensación para trabajadores de Indiana, llame o escriba a:**

**Worker's Compensation Board of Indiana  
Ombudsman Division  
402 W. Washington St., Rm W196  
Indianapolis, IN 46204  
(317) 232-3808  
1-800-824-2667**