

TENNESSEE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE



Employers: The law requires this notice to be conspicuously posted at the employer's place of business so all employees have access to it.

WHO IS REQUIRED TO HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE?

- All employers with five (5) or more full or part-time employees, except as indicated below.
- All employers engaged in the mining and production of coal with one (1) or more employees.
- All workers in the construction industry unless they are specifically exempted.

To confirm if an employer is subject to the workers' compensation law and, if so, to obtain the name of the workers' compensation insurance company contact:

Name of employer representative authorized to provide information on workers' compensation

Telephone number of employer representative to provide information on workers' compensation

Address of employer representative to provide information on workers' compensation

WHAT SHOULD AN EMPLOYEE DO IF INJURED AT WORK?

1. Report the injury to the employer immediately. Employer notification is required; AND,
2. Select a treating physician from a panel provided by the employer.
To report an injury contact:

Name of employer representative to notify in event of a work related injury

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

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

WHAT SHOULD AN EMPLOYER DO WHEN AN INJURY IS REPORTED?

1. Immediately complete a First Report of Work Injury form and send it to the workers' compensation insurance company or the third party administrator to be filed with the Tennessee Division of Workers' Compensation; AND
2. Offer a panel of physicians.
The employer shall designate a panel of three (3) or more independent physicians, surgeons, chiropractors or specialty practice groups if available in the injured employee's community or, if not so available, within a 100-mile radius of the employee's community. The names shall be provided on a state-developed form, AGREEMENT BETWEEN EMPLOYER/EMPLOYEE CHOICE OF PHYSICIAN – Form C-42. Additional instructions are available on the form. The employee shall select a treating physician from the employer's panel.

The Tennessee Division of Workers' Compensation has staff available to help both employees and employers. For more information contact:

TENNESSEE DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
220 FRENCH LANDING DRIVE
NASHVILLE, TENNESSEE 37243-1002
615-532-4812 OR TOLL FREE 1-800-332-2667
1-800-332-2257 (TDD)
www.tn.gov/labor-wfd/wcomp.html

LB-0922 (REV. 12/14)

RDA 10183

WC 5714187

WMBE PAYROLLING, INC.

SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO DE TENNESSEE

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

¿QUIÉNES ESTÁN OBLIGADOS A TENER SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO?

Todo empleador que tenga cinco (5) o más de cinco empleados de horario completo o de medio horario.

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

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

Para comprobar si un empleador está sujeto a la ley de accidentes de trabajo y si ese fuera el caso, para obtener el nombre de la compañía de seguro de accidentes de trabajo a contactar:

Nombre del representante del empleador

Número de teléfono del representante del empleador

Dirección del representante del empleador

(el nombre, la dirección y el número de teléfono del representante del empleador autorizado a dar información sobre indemnización por accidentes de trabajo)

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

1. Notificar al empleador de la lesión inmediatamente. Es obligatorio notificar al empleador.
- y 2. Escoger a un médico que le atienda de la lista que le dé el empleador.

Para notificar una lesión póngase en contacto con:

Nombre del representante del empleador

Número de teléfono del representante del empleador

Dirección del representante del empleador

(el nombre, la dirección y el número de teléfono del representante del empleador autorizado a dar información sobre indemnización por accidentes de trabajo)

¿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 para que lo registre en el Departamento de Trabajo y Desarrollo Laboral de Tennessee, División de Accidentes de Trabajo.
- y 2. Ofrecer una lista de médicos.

El empleador deberá nombrar un grupo de tres (3) o más independiente médicos acreditados , cirujanos , quiroprácticos o grupos de práctica de la especialidad si está disponible en la comunidad del empleado lesionado o, si no tan disponible , dentro de un radio de 100 millas de la comunidad del empleado. Los nombres deberán facilitarse en un formulario desarrollado por el estado, ACUERDO ENTRE EL EMPLEADOR / EMPLEADO ELECCIÓN DE MÉDICO - Forma C -42 . Instrucciones adicionales están disponibles en el formulario. El empleado debe de escoger un médico desde el panel del empleador.

El Departamento de Trabajo y Desarrollo Laboral de Tennessee, División de Accidentes de Trabajo tiene trabajadores disponibles para ayudar tanto al empleado como al empleador. Si necesita más información, favor de ponerse en contacto con:

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y DESARROLLO LABORAL DE TENNESSEE
DIVISIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO
220 FRENCH LANDING DRIVE
NASHVILLE, TENNESSEE 37243-1002
615-532-4812 O LLAME GRATIS AL 1-800-332-2667 O AL 1-800-332-2257 (TDD)
www.tn.gov/labor-wfd/wcomp.html

LB-0922SP (REV. 12/14)

WC 5714187

RDA 10183

WMBE PAYROLLING, INC.