



(Employer) Saint Louis University

This employer is insured to provide compensation benefits (Including medical and hospital care) to its employees, or monetary benefits to eligible survivors, in case of work-connected injury, occupational illness or death, in accordance with the provisions of the above law and rules of the Office of Workers' Compensation Programs.

- **NOTIFY YOUR EMPLOYER IMMEDIATELY.** If possible, complete Form LS-201, Notice of Injury, available from your employer. You should give notice of injury to the following person(s):

WHAT TODO WHEN INJURED AT WORK

- **MEDICAL TREATMENT.** Request authority (Form LS-1) from your employer for treatment by the physician you choose. You may not select a physician that is not authorized by the Office of Workers' Compensation Programs to provide medical care under the Act. Your employer has a list of physicians who are not authorized. In an emergency or if unable to contact your employer, go to the nearest hospital or physician, but be sure to let your employer know as soon as possible.
- **DISABILITY.** If you are disabled more than 3 days, contact your employer or the insurance company indicated below for payment of compensation, payable 14 days after your employer has knowledge of injury.
- **IMPORTANT!** The law requires you to give written notice of injury (Form LS-201) to your employer and to the Office of Workers' Compensation Programs within 30 days. Additional time may be allowed for certain hearing loss and occupational disease claims. The address of the Office of Workers' Compensation Programs District Office for this area is:

Insurance Carrier for This Employer	For Further Assistance and Information On request, the Office of Workers' Compensation Programs will explain benefits and proceedings under the above Act. In addition, the Office of Workers' Compensation Programs will inform employees receiving compensation about medical and vocational rehabilitation services, and will assist in obtaining such services.
Name Sentry Casualty Company	
Address 1800 North Point Drive	
Stevens Point, WI 54481-8045	
Telephone 1-800-473-6879	
Policy Number 9015977001	Expiration Date of Policy 01/01/2026

Authorized Signature for the Employer _____ Date Signed _____

This Notice must be posted and maintained in a conspicuous place in and about the place of business.
(33 U.S.C. 934)

Important Notice

Section 31 (a)(1) of the Longshore Act, 33 U.S.C. 931(a)(1) provides as follows: Any claimant or representative of a claimant who knowingly and willfully makes a false statement or representation for the purpose of obtaining a benefit or payment under this Act shall be guilty of a felony, and on conviction thereof shall be punished by a fine not to exceed \$10,000, by imprisonment not to exceed five years, or by both.

STATE OF ALABAMA WORKERS' COMPENSATION INFORMATION



If you are injured on the job, or contract an occupational disease, notify your employer immediately.

Your employer will advise you of the physician to see for authorized medical treatment.

WORKERS' COMP INSURANCE

CARRIER Sentry Casualty Company

TELEPHONE NUMBER 800-473-6879.....

**ASSISTANCE IS AVAILABLE UNDER THE ALABAMA WORKERS'
COMPENSATION LAW INCLUDING MEDIATION SERVICE.**

FOR INFORMATION CALL:

1-800-528-5166

**Alabama Department of Labor
Workers' Compensation Division
649 Monroe Street
Montgomery, AL 36131**

**CODE OF ALABAMA, 1975, § 25-5-290(d), REQUIRES THAT THIS NOTICE BE POSTED
IN ONE OR MORE CONSPICUOUS PLACES IN YOUR BUSINESS.**

FORM WCC#1 10/12

WORKERS' COMPENSATION FRAUD

It could be a ticket to jail!



The Alabama
Attorney
General's
Office and the
Alabama
Department of
Industrial
Relations



are working
together to
find and
prosecute
Workers'
Compensation
Fraud.

Workers' Compensation Fraud is STEALING!

WANTED

INFORMATION LEADING TO THE DISCOVERY AND OR CONVICTION OF WORKERS' COMPENSATION FRAUD.

Making a false statement to obtain workers' compensation benefits (Ala. Criminal Code, Section 13A-11-124) is a Class C Felony under Alabama law. Class C Felonies are punishable by imprisonment for as much as 10 years and monetary fines of up to \$15,000.

FIVE TYPES OF WORKERS' COMPENSATION FRAUD

Agent - Employer - Employee - Medical - Legal

WORKERS' COMPENSATION FRAUD CAN BE:

- * Reporting an off the job accident as an on the job accident.
- * Reporting an accident that never happened.
- * Complaints of accident injury symptoms that are exaggerated or non-existent.
- * Malingering - to avoid work when injury is healed.
- * Not reporting outside income from other work-related activities while drawing workers' compensation benefits from another employer.
- * Making false or fraudulent statements for the purpose of obtaining workers' compensation benefits.

**TO REPORT WORKERS' COMPENSATION FRAUD
CALL**

1-800-923-2533 or 334-242-7345

WC-80-01-0008 (Ed. 08-11)

9015977001
Sentry Casualty Company

Page 1 of 1

12/24/2024

TO BE POSTED BY EMPLOYER

POLICY NUMBER 9015977001

NOTICE TO EMPLOYEES

RE: ARIZONA WORKERS' COMPENSATION LAW

All employees are hereby notified that this employer has complied with the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law (Title 23, Chapter 6, Arizona Revised Statutes) as amended, and all the rules and regulations of The Industrial Commission of Arizona made in pursuance thereof, and has secured the payment of compensation to employees by insuring the payment of such compensation with:

Sentry Casualty Company

All employees are hereby further notified that in the event they do not specifically reject the provisions of the said compulsory law, they are deemed by the laws of Arizona to have accepted the provisions of said law and to have elected to accept compensation under the terms thereof; and that under the terms thereof employees have the right to reject the same by written notice thereof prior to any injury sustained, and that the blanks and forms for such notice are available to all employees at the office of this employer.

* * * * *

PARA SER COLOCADO POR EL PATRON

NUMERO DE POLIZA 9015977001

AVISO A LOS EMPLEADOS

RE: LEY DE COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES DE ARIZONA

A todos los empleados se les notifica por este medio que este patrón ha cumplido con las provisiones de la Ley de Compensación para los Trabajadores de Arizona (Título 23, Capítulo 6, Estatutos Enmendados de Arizona) tal como han sido enmendados, y con todas las regias y ordenanzas de La Comisión Industrial de Arizona hechas en cumplimiento de ésta, y ha asegurado el pago de compensación a los empleados garantizando el pago de dicha compensación por medio de;

Sentry Casualty Company

Además, a todos los empleados se les notifica por este medio que en caso de que específicamente ellos no rechazen las disposiciones de dicha ley obligatoria, se les considerará bajo las leyes de Arizona de haber aceptado las provisiones de dicha ley y de haber escogido aceptar la compensación bajo estos términos; también bajo estos términos los empleados tienen el derecho de rechazar la misma por medio de una notificación por escrito antes de que sufran alguna lesión, todos los formularios o formas en blanco para tal notificación por escrito estarán disponibles para todos los empleados en la oficina de este patrón.

* * * * *

KEEP POSTED IN A CONSPICUOUS PLACE.

COLOQUESE EN LUGAR VISIBLE.

WORK EXPOSURE TO BODILY FLUIDS

NOTICE TO EMPLOYEES

Re: Human Immunodeficiency Virus (HIV),
Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) & Hepatitis C

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease, or disability involving or related to the Human Immunodeficiency Virus (HIV), Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or Hepatitis C within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law, and the rules of The Industrial Commission of Arizona. Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which generally means contact of an employee's ruptured or broken skin or mucous membrane with a person's blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. **AN EMPLOYEE MUST CONSULT A PHYSICIAN TO SUPPORT A CLAIM.** Claims cannot arise from sexual activity or illegal drug use.

Certain classes of employees may more easily establish a claim related to HIV, AIDS, or Hepatitis C if they meet the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to blood, semen, vaginal fluid, surgical fluid(s) or any other fluid(s) containing blood. Included in this category are health care providers, forensic laboratory workers, fire fighters, law enforcement officers, emergency medical technicians, paramedics and correctional officers.

2. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after a possible significant exposure which arises out of and in the course of employment, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure as provided by Commission rules. Reporting forms are available at the office of this employer or from the Industrial Commission of Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 or 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. If an employee chooses not to complete the reporting form, that employee may be at risk of losing a prima facie claim.

3. **NO LATER THAN TEN (10) CALENDAR DAYS** after the possible significant exposure the employee has blood drawn, and **NO LATER THAN THIRTY (30) CALENDAR DAYS** the blood is tested for **HIV OR HEPATITIS C** by antibody testing and the test results are negative.

4. **NO LATER THAN EIGHTEEN (18) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are HIV positive or the employee has been diagnosed as positive for the presence of HIV, or **NO LATER THAN SEVEN (7) MONTHS** after the date of the possible significant exposure at work, the employee is retested and the results of the test are positive for the presence of Hepatitis C or the employee has been diagnosed as positive for the presence of Hepatitis C.

**KEEP POSTED IN CONSPICUOUS PLACE
NEXT TO WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO EMPLOYEES**

THIS NOTICE IS APPROVED BY THE INDUSTRIAL
COMMISSION OF ARIZONA FOR CARRIER USE

EXPOSICION A FLUIDOS CORPORALES EN EL TRABAJO

AVISO A LOS EMPLEADOS

Re: El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH),
Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Hepatitis C

Se les notifica a los empleados que se puede hacer una reclamación por una condición, infección, enfermedad o incapacidad relacionada con o derivada del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o Hepatitis C bajo lo provisto por la Ley de Compensación para los Trabajadores de Arizona y las reglas de La Comisión Industrial de Arizona. Tal reclamación debe incluir el suceso de una exposición importante en el trabajo, la que por lo general significa contacto de alguna ruptura de la piel o mucosa del empleado con la sangre, semen, fluido vaginal, fluido(s) quirúrgico(s) o cualquier otro fluido de una persona que contenga sangre. **EL EMPLEADO DEBE CONSULTAR A UN MEDICO PARA CONFIRMAR SU RECLAMACION.** Las reclamaciones no pueden resultar de actividad sexual o uso ilícito de drogas.

Ciertas clases de empleados pueden establecer más fácilmente una reclamación relacionada con el VIH, SIDA O Hepatitis C si reúnen los requisitos siguientes:

1. El curso regular del empleo del empleado requiere el manejo de o la exposición a sangre, semen, fluido vaginal, fluido(s) quirúrgico(s) o cualquier otro fluido que contenga sangre. Incluidos en esta categoría son los proveedores de cuidados de la salud, trabajadores de laboratorios forenses, bomberos, agentes policiales, técnicos médicos de emergencia, paramédicos y agentes correccionales.

2. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante que resulta de y en el curso de su trabajo, el empleado reporta a su patrón por escrito los detalles de la exposición como lo proveen las reglas de la Comisión. Las formas de reporte están disponibles en la oficina de este patrón o de la Comisión Industrial de Arizona, 800 W. Washington, Phoenix, Arizona 85007, (602) 542-4661 o 2675 E. Broadway, Tucson, Arizona 85716, (520) 628-5181. Si un empleado elige no llenar la forma de reporte, ese empleado corre el riesgo de perder una reclamación de prima facie.

3. **NO MAS DE DIEZ (10) DIAS DE CALENDARIO** después de una posible exposición importante el empleado va a que le saquen sangre, y **NO MAS DE TREINTA (30) DIAS DE CALENDARIO** la sangre es analizada para **VIH O HEPATITIS C** por medio de análisis de anticuerpos y el análisis resulta negativo.

4. **NO MAS DE DIECIOCHO (18) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por VIH o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de VIH, o **NO MAS DE SIETE (7) MESES** después de la fecha de la posible exposición importante en el trabajo, el empleado es examinado nuevamente y los resultados del análisis son positivos por la presencia de Hepatitis C o el empleado ha sido diagnosticado como positivo por la presencia de Hepatitis C.

MANTENER FIJO EN UN LUGAR SOBRESALIENTE JUNTO AL AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE COMPENSACION PARA TRABAJADORES

ESTE AVISO HA SIDO APROBADO POR LA COMISION INDUSTRIAL
DE ARIZONA PARA USO DE LAS ASEGURADORAS

Este documento es una traducción del texto original escrito en inglés. Esta traducción no es oficial y no es vinculante para este estado o para una subdivisión política de este estado.

This document is a translation from original text written in English. This translation is unofficial and is not binding on this state or a political subdivision of this state.

**WORK EXPOSURE TO METHICILLIN-RESISTANT STAPHYLOCOCCUS
AUREUS (MRSA), SPINAL MENINGITIS, OR TUBERCULOSIS (TB)**

Notice to Employees

Employees are notified that a claim may be made for a condition, infection, disease or disability involving or related to MRSA, spinal meningitis, or TB within the provisions of the Arizona Workers' Compensation Law. (A.R.S. § 23-1043.04) Such a claim shall include the occurrence of a significant exposure at work, which is defined to mean an exposure in the course of employment to aerosolized MRSA, spinal meningitis or TB bacteria. Significant exposure also includes exposure in the course of employment to MRSA through bodily fluids or skin.

Certain classes of employees (as defined below) may more easily establish a claim related to MRSA, spinal meningitis or TB by meeting the following requirements:

1. The employee's regular course of employment involves handling or exposure to MRSA, spinal meningitis or TB. For purposes of establishing a claim under this section, "employee" is limited to firefighters, law enforcement officers, correction officers, probation officers, emergency medical technicians and paramedics who are not employed by a health care institution;
2. No later than thirty (30) calendar days after a possible significant exposure, the employee reports in writing to the employer the details of the exposure;
3. A diagnosis is made within the following time-frames:
 - a. For a claim involving MRSA, the employee must be diagnosed with MRSA within fifteen (15) days after the employee reports pursuant to Item No. 2 above;
 - b. For a claim involving spinal meningitis, the employee must be diagnosed with spinal meningitis within two (2) to eighteen (18) days of the possible significant exposure; and
 - c. For a claim involving TB, the employee is diagnosed with TB within twelve (12) weeks of the possible significant exposure.

Expenses for post-exposure evaluation and follow-up, including reasonably required prophylactic treatment for MRSA, spinal meningitis, and TB is considered a medical benefit under the Arizona Workers' Compensation Act for any significant exposure that arises out of and in the course of employment if the employee files a claim for the significant exposure or the employee reports in writing the details of the exposure. Providing post-exposure evaluation and follow-up, including prophylactic treatment, does not, however, constitute acceptance of a claim for a condition, infection, disease or disability involving or related to a significant exposure.

Employers must post this notice in a conspicuous place next to the Workers' Compensation Notice to Employees.

Rev 7/11



Notice to Employees -- Injuries Caused By Work

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over).

Benefits. Workers' compensation benefits include:

- **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, medical equipment and travel costs that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if you do not recover completely and your injury causes a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher, if you are injured on or after 1/1/2004, your injury causes permanent disability, and your employer does not offer you regular, modified, or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to your dependents if you die from a work-related injury or illness.

Naming Your Own Physician Before Injury or Illness (Predesignation). You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician or medical group *before* you are injured. You must obtain their agreement to treat you for your work injury. For instructions, see the written information about workers' compensation that your employer is required to give to new employees.

If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you with a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer or claims administrator must authorize the provision of all treatment, up to ten thousand dollars, consistent with the applicable treatment guidelines, for your alleged injury until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness.
 - If you predesignated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
 - If your employer is using a medical provider network (MPN) or a health care organization (HCO), in most cases you will be treated within the MPN or HCO unless you predesignated a personal physician or medical group. An MPN is a group of physicians and health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
 - If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases the claims administrator can choose the doctor who first treats you when you are injured, unless you predesignated a personal physician or medical group.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using an MPN, which is a group of health care providers designated to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated a personal physician or medical group prior to your work injury, then you may go there to receive treatment from your predesignated doctor. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information, see the MPN contact information below:

MPN website: www.sentry.com

MPN Effective Date: _____ MPN Identification number: **0584**

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: **855-346-4866, then press 3**

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at:

855-346-4866, then press 4

Discrimination. It is illegal for your employer to punish or fire you for having a work injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case. If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and cost expenses up to limits set by the state.

Questions? Learn more about workers' compensation by reading the information that your employer is required to give you at time of hire. If you have questions, see your employer or the claims administrator (who handles workers' compensation claims for your employer):

Claims Administrator **Sentry Insurance** Phone **1-800-4SENTRY (800-473-6879)**

Workers' compensation insurer **Sentry Casualty Company** (Enter "self-insured" if appropriate)

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information (DWC) & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or

by calling toll-free **(800) 736-7401**. Learn more information about workers' compensation online: www.dwc.ca.gov and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers."

False claims and false denials. Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any **off-duty, recreational, social, or athletic activity** that is not part of your work-related duties.



Aviso a los Empleados - Lesiones Causadas por el Trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías, medicinas, equipo médico y costos de viajar que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay límites para visitas quiroprácticas, de terapia física y de terapia ocupacional.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible si su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado, o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Designación de su Propio Médico Antes de una Lesión o Enfermedad (Designación previa). Es posible que usted pueda elegir al médico que le atenderá en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, por escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, *antes* de que usted se lesione. Usted debe ponerse de acuerdo con su médico para que atienda la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que se le exige a su empleador darle a los empleados nuevos.

Si Usted se Lastima:

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta diez mil dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que la está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad.
 - Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
 - Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
 - Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que lo atiende primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información de contacto de la MPN:

Página web de la MPN: www.sentry.com

Fecha de vigencia de la MPN: _____ Número de identificación de la MPN: **0584**

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al:

855-346-4866, entonces presione 3

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: **855-346-4866, entonces presione 4**

Discriminación. Es ilegal que se empleador le castigue o despidan por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Preguntas? Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé cuando es contratado. Si usted tiene preguntas, vea a su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

Administrador de Reclamos **Sentry Insurance** Teléfono **1-800-4SENTRY (800-473-6879)**

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador **Sentry Casualty Company** (Anoté "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en: _____ o llamando al número gratuito **(800) 736-7401**. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: www.dwc.ca.gov y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

Los reclamos falsos y rechazos falsos de reclamo. Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado encarcelado.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que proviene de su participación voluntaria en cualquier **actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o atlética** que no sea parte de sus deberes laborales.



COLORADO DEPARTMENT OF LABOR AND EMPLOYMENT

Blfi:-t&JWl1llU f:iM' W'ttt:lymi i .

NOTICE



IF YOU ARE INJURED ON THE JOB, YOU HAVE RIGHTS UNDER THE COLORADO WORKERS' COMPENSATION ACT. YOUR EMPLOYER IS REQUIRED BY LAW TO HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE. THE COST OF THE INSURANCE IS PAID ENTIRELY BY YOUR EMPLOYER. IF YOUR EMPLOYER DOES NOT HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE, YOU STILL HAVE RIGHTS UNDER THE LAW.

IT IS AGAINST THE LAW FOR YOUR EMPLOYER TO HAVE A POLICY CONTRARY TO THE REPORTING REQUIREMENTS SET FORTH IN THE COLORADO WORKERS' COMPENSATION ACT. YOUR EMPLOYER IS INSURED THROUGH:

Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive PO Box 8045
Stevens Point, WI 54481-8045

IF YOU ARE INJURED ON THE JOB, NOTIFY YOUR EMPLOYER AS SOON AS YOU ARE ABLE, AND REPORT YOUR INJURY TO YOUR EMPLOYER IN WRITING WITHIN 10 DAYS AFTER THE INJURY. IF YOU DO NOT REPORT YOUR INJURY PROMPTLY, YOU MAY STILL PURSUE A CLAIM.

ADVISE YOUR EMPLOYER IF YOU NEED MEDICAL TREATMENT. IF YOU OBTAIN MEDICAL CARE, BE SURE TO REPORT TO YOUR EMPLOYER AND HEALTH-CARE PROVIDER HOW, WHEN, AND WHERE THE INJURY OCCURRED.

YOU MAY FILE A WORKER'S CLAIM FOR COMPENSATION WITH THE DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION. TO OBTAIN FORMS OR INFORMATION REGARDING THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM, THE CUSTOMER SERVICE CONTACT INFORMATION FOR THE DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION IS:



Division of Workers' Compensation
633 17th Street, Suite 400
Denver, CO 80202



303-318-8700
1-888-390-7936 (Toll-Free)
cdle.colorado.gov/dwc



WC50 Rev 08/22



SI SE LESIONA EN EL TRABAJO, TIENE DERECHOS BAJO LA LEY DE COMPENSACION DE TRABAJADORES DE COLORADO. SU EMPLEADOR ESTA OBLIGADO POR LEY A TENER UN SEGURO DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES. EL COSTO DEL SEGURO ES PAGADO EN SU TOTALIDAD POR SU EMPLEADOR. SI SU EMPLEADOR NO TIENE SEGURO DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES, USTED TODAVIA TIENE DERECHOS BAJO LA LEY.

ES CONTRA LA LEY QUE SU EMPLEADOR TENGA UNA PÓLIZA CONTRARIA A LOS REQUISITOS DE INFORMES ESTABLECIDOS EN LA LEY DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE COLORADO. SU EMPLEADOR ESTÁ ASEGURADO A TRAVÉS DE:

Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive PO Box 8045
Stevens Point, WI 54481-8045

SI SE LESIONA EN EL TRABAJO, NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR TAN PRONTO COMO PUEDA E INFORME SU LESIÓN A SU EMPLEADOR POR ESCRITO DENTRO DE LOS 10 DÍAS POSTERIORES A LA LESIÓN. SI NO INFORMA SU LESIÓN CON PRONTITUD, AÚN PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO.

WC 80 05 0006 Ed. 08 22

9015977001

Sentry Casualty Company

6 00008 000000000 24359 0 N

6a310ebb-4435-4b05-beee-1eeba3462fe

12/24/2024

INFORME A SU EMPLEADOR SI NECESITA TRATAMIENTO MÉDICO. SI OBTIENE ATENCIÓN MÉDICA, ASEGÚRESE DE INFORMAR A SU EMPLEADOR Y PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA CÓMO, CUÁNDO Y DÓNDE OCURRIÓ LA LESIÓN.

PUEDE PRESENTAR UN RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR ANTE LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES. PARA OBTENER FORMULARIOS O INFORMACIÓN SOBRE EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES, LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE SERVICIO AL CLIENTE PARA LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES ES:



Division of Workers' Compensation
633 17th Street, Suite 400
Denver, CO 80202



303-318-8700
1-888-390-7936 (Toll Free)
cdle.colorado.gov/dwc



WC50 Rev 08/22

NOTICE TO EMPLOYEES



State of Connecticut Workers' Compensation Commission

Revised 10-01-2021

The Workers' Compensation Act (Connecticut General Statutes Chapter 568) requires your employer, Saint Louis University,

to provide benefits to you in case of injury or occupational disease in the course of employment.

Section 31-294b of the Workers' Compensation Act states "Any employee who has sustained an injury in the course of his employment shall immediately report the injury to his employer, or some person representing his employer. If the employee fails to report the injury immediately, the administrative law judge may reduce the award of compensation proportionately to any prejudice that he finds the employer has sustained by reason of the failure, provided the burden of proof with respect to such prejudice shall rest upon the employer."

An injury report by the employee is NOT an official written notice of claim for workers' compensation benefits; the Workers' Compensation Commission's Form 30C is necessary to satisfy this requirement.

NOTE: You must comply with P.A. 17-141 (see next box, below) when filing a compensation claim.

The INSURANCE COMPANY or SELF-INSURANCE ADMINISTRATOR is:

Name Sentry Casualty Company

Address 1800 North Point Drive PO Box 8045

Telephone 1-800-473-6879

City/Town Stevens Point

State WI

Zip Code 54481-8045

Approved Medical Care Plan Yes No

The State of Connecticut Workers' Compensation Commission office for this workplace is located at:

Address _____

Telephone _____

City/Town _____

State _____

Zip Code _____

Public Act 17-141 allows an employer the option to designate and post - "in the workplace location where other labor law posters required by the Labor Department are prominently displayed" and on the Workers' Compensation Commission's website [wee.state.ct.us] - a location where employees must file claims for compensation.

If your employer has listed a location below, you **MUST** file your compensation claim there.

When filing your claim, you are also required - by law - to send it by certified mail.

If blank below, ask your employer where to file your claim.

Employer Name _____

Address _____

Telephone _____

City/Town _____

State _____

Zip Code _____

THIS NOTICE MUST BE IN TYPE OF NOT LESS THAN TEN POINT BOLD-FACE AND POSTED IN A CONSPICUOUS PLACE IN EACH PLACE OF EMPLOYMENT. FAILURE TO POST THIS NOTICE WILL SUBJECT THE EMPLOYER TO STATUTORY PENALTY (Section 31-279 C.G.S.).

Date Posted: _____

Any questions as to your rights under the law or the obligations of the employer or insurance company should be addressed to the employer, the insurance company, or the Workers' Compensation Commission (1-800-223-9675).

WORKERS' COMPENSATION



is a system of benefits provided by law to most workers who have job-related injuries or illnesses. Benefits are paid for injuries that are caused, in whole or in part, by an employee's work. This may include the aggravation of a pre-existing condition, injuries brought on by the repetitive use of a part of the body, heart attacks, or any other physical problem caused by work. Benefits are paid regardless of fault.

IF YOU HAVE A WORK-RELATED INJURY OR ILLNESS, TAKE THE FOLLOWING STEPS:

- 1. GET MEDICAL ASSISTANCE.** By law, your employer must pay for all necessary medical services required to cure or relieve the effects of the injury or illness. Where necessary, the employer must also pay for physical, mental, or vocational rehabilitation, within prescribed limits. The employee may choose two physicians, surgeons, or hospitals. If the employer notifies you that it has an approved Preferred Provider Program for workers' compensation, the PPP counts as one of your two choices of providers.
- 2. NOTIFY YOUR EMPLOYER.** You must notify your employer of the accidental injury or illness within 45 days, either orally or in writing. To avoid possible delays, it is recommended the notice also include your name, address, telephone number, Social Security number, and a brief description of the injury or illness.
- 3. LEARN YOUR RIGHTS.** Your employer is required by law to report accidents that result in more than three lost work days to the Workers' Compensation Commission. Once the accident is reported, you should receive a handbook that explains the law, benefits, and procedures. If you need a handbook, please call the Commission or go to the Web site.

If you must lose time from work to recover from the injury or illness, you may be entitled to receive weekly payments and necessary medical care until you are able to return to work that is reasonably available to you.

It is against the law for an employer to harass, discharge, refuse to rehire or in any way discriminate against an employee for exercising his or her rights under the Workers' Compensation or Occupational Diseases Acts. If you file a fraudulent claim, you may be penalized under the law.

- 4. KEEP WITHIN THE TIME LIMITS.** Generally, claims must be filed within three years of the injury or disablement from an occupational disease, or within two years of the last workers' compensation payment, whichever is later. Claims for pneumoconiosis, radiological exposure, asbestosis, or similar diseases have special requirements.

Injured workers have the right to reopen their case within 30 months after an award is made if the disability increases, but cases that are resolved by a lump-sum settlement contract approved by the Commission cannot be reopened. Only settlements approved by the Commission are binding.

For more information, go to the Illinois Workers' Compensation Commission's Web site or call any office:

Toll-free: 866/352-3033 Chicago: 312/814-6611 Peoria: 309/671-3019 Springfield: 217/785-7087
 Web site: www.iwcc.il.gov Collinsville: 618/346-3450 Rockford: 815/987-7292 TDD (Deaf): 312/814-2959

BY LAW, EMPLOYERS MUST DISPLAY THIS NOTICE IN A PROMINENT PLACE IN EACH WORKPLACE AND COMPLETE THE INFORMATION BELOW.

Party handling workers' compensation claims	Sentry Casualty Company		
Business address	1800 North Point Drive, Stevens Point, WI 54481-8045		
Business phone	800-473-6879		
Effective date	01/01/2025	Termination date	01/01/2026
Policy number	9015977001	Employer's FEIN	XXXXXX4872

/CPN 10/11 Printed by the authority of the State of Illinois.

WC 80 12 0001 (Ed.10-11)

9015977001
 Sentry Casualty Company

12/24/2024

COMPENSACION A LOS TRABAJADORES



es un sistema de beneficios que por ley se provee a la mayoría de trabajadores que se han enfermado o accidentado en el trabajo. Los beneficios son pagados por lesiones que son causadas en parte o completamente por el trabajo del trabajador. Esto puede incluir el agravante o una condición pre-existente, lesiones causadas por uso repetitivo de una parte del cuerpo, ataques cardíacos, o cualquier otro problema físico causado por el trabajo. Los beneficios son pagados sin importar la causa.

SI USTED SUFRE DE UNA LESION O ENFERMEDAD RELACIONADA AL TRABAJO, USTED DEBE TOMAR LAS SIGUIENTES MEDIDAS:

- 1. OBTENGA AYUDA MEDICA.** Por ley, su empleador debe pagar por todos los servicios médicos necesarios que se requieran para aliviar los síntomas de lesión o enfermedad. Si es necesario, el empleador debe pagar por rehabilitación física, mental o profesional dentro de los límites establecidos. El trabajador puede escoger dos doctores, cirujanos u Hospitales. Si el empleador le notifica que tiene un programa de proveedor preferido (PPP) aprobado para la compensación de trabajadores, el PPP cuenta como una de las dos opciones de proveedores.
- 2. NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR.** Usted debe notificar a su empleador del accidente o enfermedad dentro de 45 días, ya sea por escrito o verbalmente. Para evitar posibles demoras, es recomendable que la nota incluya su nombre, dirección, número telefónico, número de Seguro Social, y una breve descripción de la lesión o enfermedad.
- 3. CONOZCA SUS DERECHOS.** Su empleador por ley debe reportar accidentes que resulten en más de tres días de ausencia al trabajo, a la Comisión de Compensación para Trabajadores. Una vez que el accidente es reportado, usted recibirá un manual que explica la ley, beneficios y procedimientos. Si necesita un manual, por favor llame a la Comisión o visite nuestra red.

Si usted tiene que faltar al trabajo para recuperarse de la lesión o enfermedad, usted tiene derecho a recibir pagos semanales y atención médica necesaria hasta que este capacitado para regresar a trabajar y que el trabajo este de acuerdo a sus capacidades.

Es contra la ley que el empleador moleste, despida o se niegue a reemplazar o de alguna manera discrimine contra un trabajador por ejercitar sus derechos de conformidad con las leyes que rigen el seguro de accidentes de trabajo de enfermedades profesionales. Si usted hace una demanda fraudulenta, podrá ser castigado por la ley.

- 4. MANTENGASE DENTRO DEL LIMITE DE TIEMPO.** Usualmente, las quejas deben ser presentadas dentro de los primeros tres años del accidente o incapacidad de una enfermedad profesional, o dentro de dos años del último pago de compensación de trabajo, lo que sea más reciente. Quejas por neumoconiosis, exposición radiológica, asbestos, o enfermedades similares tienen requerimientos especiales.

Los trabajadores accidentados tienen derecho para volver a abrir su caso dentro de 30 meses después que la Comisión haya otorgado una decisión y la incapacidad haya incrementado, pero en casos resueltos por una suma global aprobada por la Comisión no pueden volver a abrirse. Únicamente las decisiones aprobadas por la Comisión son obligatorias.

Para más información, visite la Red de la Comisión de Compensación para Trabajadores o llame a nuestras oficinas:

Toll-free: 866/352-3033 Chicago: 312/814-6611 Peoria: 309/671-3019 Springfield: 217/785-7087
Web site: www.iwcc.il.gov Collinsville: 618/346-3450 Rockford: 815/987-7292 TDD (Sordo): 312/814-2959

LOS EMPLEADORES DEBEN EXHIBIR ESTE AVISO EN UN LUGAR VISIBLE PARA TODOS LOS TRABAJADORES Y LLENAR LA INFORMACION REFERENTE A LA COMPANIA DE SEGUROS.

Nombre:	Sentry Casualty Company		
Dirección de la Compañía:	1800 North Point Drive, Stevens Point, WI 54481-8045		
Teléfono de la Compañía:	800-473-6879		
Fecha efectiva:	01/01/2025	Fecha de terminación:	01/01/2026
Número de Póliza:	9015977001	FEIN del Empleador:	XXXXXX4872

/CPN 10/11 Impreso por la autoridad del Estado de Illinois.

WC 80 12 0008 (Ed.10-11)

9015977001
Sentry Casualty Company

12/24/2024

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Your employer is required to provide for payment of benefits under the Workers' 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 Workers' Compensation insurance carrier or the administrator for

Saint Louis University is: Sentry Casualty Company
(name of company) (name of insurance carrier or administrator)

Sentry Casualty Company

(name of carrier/administrator)

1800 North Point Drive

PO Box 8045

(mailing address)

Stevens Point, WI 54481-8045

(city, state, zip)

1-800-473-6879

(telephone number)

(contact person)

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

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

NOTICIA DE COMPENSACIÓN 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

Saint Louis University _____ es:
(nombre de la compañía)

Sentry Casualty Company

(nombre de la compañía de seguro/administrador)

1800 North Point Drive
PO Box 8045

(dirección)

Stevens Point, WI 54481-8045

(ciudad, estado, código postal)

1-800-473-6879

(número de teléfono)

(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:

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

This notice must be posted and maintained by the employer in one or more conspicuous places.

Workers Compensation Rights and Responsibilities

Your employer is subject to the Kansas Workers Compensation Law which provides compensation for job-related injuries.

This notice applies to dates of accidents on or after April 25, 2013.

Este aviso aplica a las fechas de los accidentes a partir de Abril 25, 2013.

WHAT TO DO IF AN INJURY OCCURS ON THE JOB

NOTIFY YOUR EMPLOYER IMMEDIATELY. Per K.S.A. 44-520, a claim may be denied if an employee fails to notify their employer within the earliest of the following dates: (A) **20 calendar days** from the date of accident or the date of injury by repetitive trauma; (B) if the employee is working for the employer against whom benefits are being sought and such employee seeks medical treatment for any injury by accident or repetitive trauma, **20 calendar days** from the date such medical treatment is sought; or (C) if the employee no longer works for the employer against whom benefits are being sought, **10 calendar days** after the employee's last day of actual work for the employer.

Notice may be given orally or in writing. Where notice is provided orally, if the employer has designated an individual or department to whom notice must be given and such designation has been communicated in writing to the employee, notice to any other individual or department shall be insufficient under this section. If the employer has not designated an individual or department to whom notice must be given, notice must be provided to a supervisor or manager.

Where notice is provided in writing, notice must be sent to a supervisor or manager at the employee's principal location of employment.

The notice, whether provided orally or in writing, shall include the time, date, place, person injured and particulars of such injury. It must be apparent from the content of the notice that the employee is claiming benefits under the workers compensation act or has suffered a work-related injury.

BENEFITS. Benefits are paid by the employer's insurance carrier or self insurance program. Benefits include medical treatment, partial wage replacement for lost time and additional benefits if the injury results in permanent disability. An employer is required to furnish all necessary medical treatment and has the right to designate the treating physician. If the employee seeks treatment from a doctor not authorized by the employer, the employer or its insurance carrier is only liable up to \$500.00 dollars for the unauthorized medical treatment.

QUE HACER SI UNA LESIÓN OCURRE EN EL TRABAJO

NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR INMEDIATAMENTE. De acuerdo con el artículo de ley K.S.A. 44-520, un reclamo puede ser negado si el empleado no notifica a su empleador dentro de antes de las siguientes fechas: (A) **20 días** a partir de la fecha del accidente o la fecha de la lesión debido a trauma por movimientos repetitivos; (B) si el empleado está trabajando con el empleador en contra del cual se están buscando beneficios y dicho empleado busca tratamiento médico por cualquier lesión por accidente o trauma repetitiva, **20 días** a partir de la fecha que dicho tratamiento médico ha sido obtenido; o (C) si el empleado ya no trabaja para el empleador en contra del cual se están buscando beneficios, **10 días** después del último día de trabajo para dicho empleador.

El aviso puede darse oralmente o por escrito. Donde el aviso se da oralmente, si el empleador ha designado un individuo o departamento a quien el aviso se debe dar y tal designación ha sido comunicada por escrito al empleado, aviso a cualquier otro individuo o departamento deberá ser insuficiente bajo esta sección. Si el empleador no ha designado a un individuo o departamento a quien se debe dar el aviso, el aviso puede darse a un supervisor o gerente.

Donde el aviso se hace por escrito, el aviso debe ser enviado a un supervisor o gerente de la oficina principal de empleo del trabajador.

El aviso, sea que se haga oralmente o por escrito, debe incluir la hora, fecha, lugar, persona lesionada y detalles de tal lesión. Debe ser visible a partir del contenido del aviso, que el empleado está reclamando beneficios bajo la ley de compensación del trabajador o que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo.

BENEFICIOS. Los beneficios son pagados por la compañía aseguradora del empleador o programa de seguro propio. Los beneficios incluyen tratamiento médico, reemplazo de sueldo parcial por tiempo perdido y beneficios adicionales si la lesión resulta en incapacidad permanente. El empleador debe proporcionar todo el tratamiento médico necesario y tiene el derecho de designar el doctor para dicho tratamiento. Si el empleado busca tratamiento con un doctor que no ha sido autorizado por el empleador, el empleador o su compañía aseguradora serán responsables de pagar solamente los primeros \$500.00 dólares para tratamiento médico no autorizado.

WHERE TO GET HELP WITH YOUR CLAIM (DÓNDE CONSEGUIR AYUDA CON SU RECLAMO):

Sentry Casualty Company
Employer's Insurance Carrier (Compañía Aseguradora del Empleador)

800-473-6879
Telephone (Teléfono de la Aseguradora)

1800 North Point Drive, Stevens Point, WI 54481-8045
Address (Dirección de la Aseguradora)

For questions about Workers Compensation Law, contact (Para preguntas acerca de la Ley de Compensación del Trabajador):

KANSAS DEPARTMENT OF LABOR
Division of Workers Compensation/Ombudsmen
401 SW Topeka Blvd., Suite 2, Topeka, KS 66603-3105

Website: <https://www.dol.ks.gov/wc>
Email: KDOL.wc@ks.gov
Phone: (800) 332-0353 or (785) 296-4000

Persons with impaired hearing or speech utilizing a telecommunications device may access the above number(s) by using the Kanas Relay Center at (800) 766-3777.

WWW.dol.ks.gov
WC-80-15-0004 (Ed. 01 -22)
9015977001
Sentry Casualty Company

KANSAS DEPARTMENT OF LABOR

K-WC 40-A (1-22)

12/24/2024

INFORMATION FOR INJURED EMPLOYEES

K-WC 27-A (Rev. 7-19)

* THIS NOTICE APPLIES TO ACCIDENTS ON OR AFTER APRIL 25, 2013 *

Employers are required to provide this information to each injured worker

WHAT TO DO IF AN INJURY OCCURS ON THE JOB

If you have any questions about workers compensation benefits, contact the Division of Workers Compensation at the phone number at the bottom of the page. **Assistance in Spanish is available.**

(1) NOTIFY YOUR EMPLOYER IMMEDIATELY: Per K.S.A. 44-520, a claim may be denied if an employee fails to notify their employer within the earliest of the following dates: (A) 20 calendar days from the date of accident or the date of injury by repetitive trauma; (B) if the employee is working for the employer against whom benefits are being sought and such employee seeks medical treatment for any injury by accident or repetitive trauma, 20 calendar days from the date such medical treatment is sought; or (C) if the employee no longer works for the employer against whom benefits are being sought, 10 calendar days after the employee's last day of actual work for the employer.

Notice may be given orally or in writing. Where notice is provided orally, if the employer has designated an individual or department to whom notice must be given and such designation has been communicated in writing to the employee, notice to any other individual or department shall be insufficient under this section. If the employer has not designated an individual or department to whom notice must be given, notice must be provided to a supervisor or manager.

Where notice is provided in writing, notice must be sent to a supervisor or manager at the employee's principal location of employment.

The notice, whether provided orally or in writing, shall include the time, date, place, person injured and particulars of such injury. It must be apparent from the content of the notice that the employee is claiming benefits under the workers compensation act or has suffered a work-related injury.

(2) FOLLOW YOUR EMPLOYER'S INSTRUCTIONS for getting medical aid and follow the doctor's instructions.

(3) MEDICAL BENEFITS: An injured worker is entitled to all medical services reasonably necessary to cure and relieve the worker from the effects of the injury. The employer has the right to select the doctor who will treat the injury. A worker may seek the services of an unauthorized doctor up to a limit of \$500.00. A worker may apply to the Workers Compensation Director to change the authorized treating doctor. Reimbursement for travel to obtain medical treatment is payable at a rate set by law for trips that are five miles or more (round trip).

(4) WEEKLY BENEFITS: Benefits are paid by the employer's insurance carrier or self insurance program. Injured workers are not entitled to compensation for the first week they are off work unless they lose three consecutive weeks. The first compensation payment is normally due at the end of the 14th day of lost time. An injured employee is entitled to a weekly amount of 66^{2/3} percent of his/her average weekly wage up to a maximum of 75 percent of the state's average weekly wage. These benefits are subject to legislative changes. If the injury results in permanent disability, the Kansas Workers Compensation law provides for additional benefits.

DIVISION OF WORKERS COMPENSATION - OMBUDSMAN / CLAIMS ADVISORY UNIT

401 SW Topeka Blvd., Ste. 2, Topeka, KS 66603-3105 • Phone (785) 296-4000, (800) 332-0353 • Fax (785) 296-0025

WC-80-15-0015 (Ed.07-19)

9015977001

Sentry Casualty Company

Page 1 of 2

12/24/2024

RESPONSIBILITIES OF THE EMPLOYER

1. Unless self-insured, the employer must advise its insurance carrier or group-funded pool of employee's injury.

Per K.S.A. 44-557, it is the duty of every employer to make or cause to be made a report to the director of any accident, or claimed or alleged accident, to any employee which occurs in the course of the employee's employment and of which the employer or the employer's supervisor has knowledge, which report shall be made upon a form to be prepared by the director, within 28 days, after the receipt of such knowledge, if the personal injuries which are sustained by such accidents, are sufficient wholly or partially to incapacitate the person injured from labor or service for more than the remainder of the day, shift or turn on which such injuries were sustained.

As outlined in K.A.R. 51-9-17, all insurance carriers, group pools and self-insurers are required to use Electronic Data Interchange (EDI) to file First Reports of Injury (FROI) and Subsequent Reports of Injury (SROI) using the Release 3.1 Standards. For details contact the Technology and Statistics section of the Division of Workers Compensation at (785) 296-4000 or (800) 332-0353. You may access our website at [http://www.dol.ks.gov/wc/insurer/electronic-data-interchange-\(edi\)](http://www.dol.ks.gov/wc/insurer/electronic-data-interchange-(edi)).

2. Employers must provide for the payment of workers compensation claims without any charge to employees.
3. Employers must post the Workers Compensation Notice prepared by the Director.
4. Employers must pay compensation benefits, regardless of insurance coverage.
5. Upon receiving notice of an injury, the employer must provide the employee written information to assist the injured worker in understanding his/her rights and responsibilities in obtaining compensation.

Pursuant to K.S.A. 44-5, 102(a) EMPLOYERS MUST COMPLETE THE FOLLOWING INFORMATION FOR INJURED WORKERS

YOUR CLAIM WILL BE HANDLED BY:

Company Sentry Casualty Company

Address 1800 North Point Drive

Stevens Point, WI 54481

Contact Person _____

Phone 1-800-473-6879

Fax: 1-715-346-8968

Email bpsupportclerks@sentry.com

DIVISION OF WORKERS COMPENSATION - OMBUDSMAN / CLAIMS ADVISORY UNIT
401 SW Topeka Blvd., Ste. 2, Topeka, KS 66603-3105 • Phone (785) 296-4000, (800) 332-0353 • Fax (785) 296-0025

INFORMACIÓN PARA TRABAJADORES LESIONADOS

K-WC 270-A (Revisado 7-19)

* ESTE AVISO APLICA A FECHAS DE ACCIDENTE A PARTIR O DESPUÉS DE ABRIL 25, 2013 *

Empleadores son requeridos de proveer ésta información a cada trabajador que se lesiona

¿QUÉ HACER SI LE SUCEDE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO?

Si tiene preguntas acerca de beneficios de compensación del trabajador, contacte la unidad mencionada al final de página. **Asistencia en Español está disponible.**

(1) NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR INMEDIATAMENTE: De acuerdo con el artículo de la ley K.S.A. 44-520, un reclamo puede ser negado si el empleado no notifica a su empleador antes de las siguientes fechas: (A) 20 días a partir de la fecha del accidente o la fecha de la lesión debido a trauma por movimientos repetitivos; (B) si el empleado está trabajando con el empleador en contra del cual se están buscando beneficios y dicho empleado busca tratamiento médico por cualquier lesión por accidente o trauma repetitiva, 20 días a partir de la fecha que dicho tratamiento médico ha sido obtenido; o (C) si el empleado ya no trabaja para el empleador en contra del cual se están buscando beneficios, 10 días después del último día de trabajo para dicho empleador.

El aviso puede darse oralmente o por escrito. Donde el aviso se da oralmente, si el empleador ha designado un individuo o departamento a quien el aviso se debe dar y tal designación ha sido comunicada por escrito al empleado, aviso a cualquier otro individuo o departamento deberá ser insuficiente bajo esta sección. Si el empleador no ha designado a un individuo o departamento a quien se debe dar el aviso, el aviso puede darse a un supervisor o gerente.

Donde el aviso se hace por escrito, el aviso debe ser enviado a un supervisor o gerente de la oficina principal de empleo del trabajador.

El aviso, sea que se haga oralmente o por escrito, debe incluir la hora, fecha, lugar, persona lesionada y detalles de tal lesión. Debe ser visible a partir del contenido del aviso, que el empleado está reclamando beneficios bajo la ley de compensación del trabajador o que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo.

(2) SIGA LAS INSTRUCCIONES DE SU EMPLEADOR para conseguir ayuda médica y siga las instrucciones del doctor.

(3) BENEFICIOS MÉDICOS: El trabajador lastimado tiene derecho a todo servicio médico razonablemente necesario para curar y aliviar al trabajador de los efectos de la lesión. El empleador tiene el derecho de seleccionar el doctor quien dará el tratamiento necesario. El trabajador tiene derecho de escoger los servicios de otro doctor no autorizado hasta llegar al límite de 500.00 dólares. El trabajador puede solicitar al Director de Compensación de Trabajadores el cambio del doctor autorizado. Los gastos incurridos en viajes hechos para obtener tratamiento médico serán reembolsados según sean estipulados por ley por viajes que incluyen más de cinco millas, viaje redondo.

(4) BENEFICIOS SEMANALES: Los beneficios son pagados por la compañía aseguradora del empleador o programa de seguro propio. Los trabajadores lesionados no tienen derecho a compensación por la primera semana, a menos que estén sin trabajar tres semanas consecutivas.

DIVISION OF WORKERS COMPENSATION - OMBUDSMAN / CLAIMS ADVISORY UNIT
401 SW Topeka Blvd., Ste. 2, Topeka, KS 66603-3105 • Phone (785) 296-4000, (800) 332-0353 • Fax (785) 296-0025

Información para Trabajadores Lesionados

K-WC 270-A (Revisado 7-19)

El primer pago de compensación normalmente se vence al fin de los 14 días de estar sin trabajar. Un trabajador lesionado tiene derecho a una cantidad semanal de 66 2/3 por ciento de su sueldo promedio semanal hasta un máximo de 75 por ciento del sueldo promedio semanal del estado. Estos beneficios están sujetos a cambios por la legislatura. Si la lesión resulta en incapacidad permanente, la ley del Estado de Kansas para Compensación de Trabajadores provee beneficios adicionales.

RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADOR

1. A menos que esté auto-asegurado, el empleador debe informar a su compañía de seguros o grupo financiero mancomunado de la lesión el empleado.

Por K.S.A. 44-557, es deber de cada empleador hacer o causar que se haga un informe al director de cualquier accidente, reclamo o supuesto accidente a cualquier empleado que le ocurra en el curso de su empleo, y del cual el empleador o su supervisor tienen conocimiento, dicho informe deberá ser hecho en un formulario preparado por el director, dentro de los próximos 28 días después de la recepción de dicho conocimiento, si las lesiones sufridas por tales accidentes, son suficientes para incapacitar parcial o totalmente a la persona lesionada ya sea en trabajo de mano de obra o prestando algún servicio por más que el resto del día o turno en el que tales lesiones fueron sufridas.

Como se describe en K.A.R. 51-9-17, todas las compañías de seguros, grupos mancomunados y auto-asegurados, están obligados a utilizar el Intercambio Electrónico de Datos (EDI, por sus siglas en Ingles) para presentar le Primer Reporte de Accidente (FROI, por sus siglas en Ingles) y Subsecuentes Reportes de Lesiones (SROI, por sus siglas en Ingles) utilizando el Lanzamiento de Nivel 3.1. Puede acceder a nuestro sitio web en [http://www.dol.ks.gov/wc/insurer/electronic-data-interchange-\(edi\)](http://www.dol.ks.gov/wc/insurer/electronic-data-interchange-(edi))

2. Los empleadores deben suministrar el pago de los reclamos sin costo a los empleados.
3. Los empleadores deben exhibir un Aviso de Compensación al trabajador, preparado por el Director.
4. Los empleadores deben pagar beneficios de compensación sin importar la cobertura de seguro.
5. Tan pronto como se reciba el aviso de una lesión, el empleador debe proveer información por escrito para ayudar al trabajador lesionado a entender sus derechos y responsabilidades al obtener compensación.

**Conforme a la Ley K.S.A. 44-5, 102(a)
EMPLEADORES DEBEN COMPLETAR LA SIGUIENTE
INFORMACIÓN PARA LOS TRABAJADORES LESIONADOS**

SU RECLAMO SERÁ MANEJADO POR:

Compañía Sentry Casualty Company

Dirección 1800 North Point Drive
Stevens Point, WI 54481

Persona de Contacto _____

Teléfono 1-800-473-6879 **Fax** 1-715-346-8968

Correo electrónico bpsupportclerks@sentry.com

DIVISION OF WORKERS COMPENSATION - OMBUDSMAN / CLAIMS ADVISORY UNIT
401 SW Topeka Blvd., Ste. 2, Topeka, KS 66603-3105 • Phone (785) 296-4000, (800) 332-0353 • Fax (785) 296-0025

Workers' Compensation

Reporting Injury

You should report to your employer any occupational disease or personal injury that is work-related, even if you deem it to be minor.

Occupational Disease or Death

In case of an occupational disease, all claims are barred unless the employee files a claim with his/her employer within one year of the date that:

- 1 the disease manifests itself.
- 2 the employee is disabled as a result of the disease.
- 3 the employee knows or has reasonable grounds to believe that the disease is occupationally related.

In case of death arising from an occupational disease, all claims are barred unless the dependent(s) file a claim with the deceased employee's employer within one year of:

- 1 the date of death.
- 2 the date the claimant has reasonable grounds to believe that the death resulted from occupational disease.

Filing Notice

In case of injury or death caused by a work-related accident, an injured employee or any person claiming to be entitled to compensation either as a claimant or as a representative of a person claiming to be entitled to compensation, must give notice to the employer within 30 days of the injury. If notice is not given within 30 days, no payments will be made for such injury or death. In addition, any fraudulent action by the employer, employee, or any other person for the purpose of obtaining or defeating any benefit or payment of workers' compensation shall subject such person to criminal as well as civil liabilities.

The above mentioned notice should be filed with the employer at the address shown to the right.

A notice so given shall not be held invalid because of any inaccuracy in stating the time, place, nature or cause of injury, or otherwise, unless it is shown that the employer was in fact misled to his detriment thereby. Failure to give notice may not harm the employee if the employer knew of the accident or if the employer was not prejudiced by the delay or failure to give notice.

Physicians

In the event you are injured, you are entitled to select a physician of your choice for treatment. The employer may choose another physician and arrange an examination which you would be required to attend.

Formal Claim

In order to preserve your right to benefits under the Louisiana Workers' Compensation Law, you must file a formal claim with the Office of Workers' Compensation Administration within one year after the accident if payments have not been made or within one year after the last payment of weekly benefits.

Information

If you desire any information regarding your rights and entitlement to benefits as prescribed by law, you may call or write to the Office of Workers' Compensation Administration, Post Office Box 94040, Baton Rouge, Louisiana 70804-9040 or telephone (225) 342-7555.

Name and Address of Insurance Company

Sentry Casualty Company

1800 North Point Drive

PO Box 8045

Stevens Point, WI 54481-8045

Notice shall be given by delivering it or sending it by certified mail or return receipt requested to:

Employer Representative

Employer

R.S. 23:1302 states that this notice should be posted in a convenient and conspicuous place in the employer's place of business.

Revised May 2003



www.laworks.net

WC-80-17-0003 (Ed. 07-08)

An Equal Opportunity Employer Program. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. 1-800-259-5154 (TDD)

9015977001

Sentry Casualty Company

1 00001 0000000000 24359 0 N

f2c5c380-6bfb-4191-ab95-d90279f95bce

Compensacion del Trabajador

Reportando de lesiones/heridas

Usted debe reportar a su empleador cualquier enfermedad ocupacional o lesion personal que este relacionada con el trabajo, aun y cuando usted piense que es insignificante o menor.

Enfermedades ocupacionales o muerte

En caso de enfermedad ocupacional, no todos los reclamos son elegibles a menos que el empleado haga el reclamo con su empleador dentro del siguiente ano de la fecha que:

1. La enfermedad se manifiesta por si sola.
2. El empleado esta desabilitado coma resultado de esta enfermedad.
3. El empleado sabe o tiene rezones poderosas para creer que la enfermedad esta relacionada con su ocupacion.

En caso de muerte que aparece coma resultado de una muerte ocupacional, no todos los reclamos son validos solamente que el o los dependientes hagan un reclamo con el empleador del empleado muerto dentro de 1 (uno) anode:

1. La fecha de muerte.
2. La fecha que el reclamante tenga suficientes pruebas para creer que la muerte fue resultado de muerte ocupacional.

Aviso para reclamar o solicitar

En caso de lesiones o muerte causadas por accidente relacionados al trabajo o accidentes, el empleado lesionado o cualquier persona que haga un reclamando y para tener derecho a la compensacion ya sea coma reclamante o coma el representante de la persona que esta reclamando para poder tener derecho a la compensacion, debera dar aviso a su empleador dentro de los 30 dfas siguientes despues de la lesion. Si el aviso no es dado dentro de los siguientes 30 dfas, ningun pago sera hecho por dicha lesion o muerte. En adicon, cualquier accion fraudulenta por el empleador, empleado o cualquier otra persona con el proposito de obtener o buscar cualquier beneficio o pagos a traves del Programa de Compensacion de Trabajadores dicha persona esta sujeta a cargos criminales al igual que a responsabilidad civil.

El aviso arriba mencionado debera ser presentado con el empleador en la direccion que aparece en el lado derecho.

Un aviso dado no debera ser invalidado o mantenerse invalidado por cualquier inexactitud en el tiempo, lugar, naturaleza o causa de la lesion al momenta de hacer la declaracion, o de otra manera, solamente si se demuestra que el empleador fue mal informado para con esto perjudicar. El fallar o faltar de notificares posible que no perjudique al empleado si el empleador sabe del accidente o si el empleador no es perjudicado por la tardanza o por faltar de hacer la notificacion.

Medicos

En caso que usted es lesionado, usted tiene el derecho de elegir al medico para su tratamiento. El empleador puede escoger otro medico y hacer arreglos para otro examen para el cual usted sera requerido para atender.

Reclamo formal

Para poder preservar sus derechos a los beneficios bajo la Ley de Compensacion de los Trabajadores del estado de Louisiana, usted debe hacer un reclamo formal con la oficina administrativa del Programa de la Ley de Compensacion de los Trabajadores dentro del siguiente ano despues del accidente si no se han hecho pagos o dentro del ano despues del ultimo pago de beneficios.

Información

Si usted desea cualquier informacion relacionada a sus derechos y a los beneficios a los cuales usted tiene derecho descritos por la ley, usted puede llamar o escribir a la Office of Worker's Compensation Administration, PO Box 94040, Baton Rouge, Louisiana 70804-9040 o al telefono (225) 342-7555.

Nombre y Dirección de la Compañía de Seguros

Sentry Casualty Company

1800 North Point Drive

PO Box 8045

Stevens Point, WI 54481-8045

La notificación debera ser dada ya sea llevandola personalmente o enviandola por correo certificado regresando o regresar el recibo solicitado a:

Representante del empleador

Empleador

R.S. 23:1302 manifiesta que este aviso debe estar puesto en un lugar visible y conveniente en el negocio del empleador.

Revisado Mayo 2003



www.laworks.net

WC-80-17-0005 (Ed. 10-07)

Un Programa de Igual Oportunidad de Trabajo. Servicios auxiliares estan habilitados si usted lo solicita para personas o individuos con incapacidades. 1-800-259-5154 (TDD)

9015977001

Sentry Casualty Company

1 00001 0000000000 24359 0 N

0a3178a6-4750-40e1-bc05-e706d8bfd7cd

WORKERS' COMPENSATION in Maryland

LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR en Maryland

Job Related Accidental Personal Injury or Occupational Disease?

If you are disabled and unable to work for more than three (3) days, your employer's workers' compensation insurance company may pay your medical bills and other expenses and replace two-thirds (2/3) of your salary (limited to the maximum set by law).

If you are injured on the job:

1. Notify your employer or supervisor at once. You cannot receive full benefits unless your employer knows you are injured.
2. Tell the doctor who treats you that you were hurt on the job.
3. Complete an Employee's Claim Form C-1 (available by phone or on the Commission's website) and serial it to us as soon as possible.

Note: Withholding information or giving false information about any work-related activity can prevent you from receiving benefits and may subject you to fines, imprisonment or both.

¿Accidentes por lesión/dono corporal relacionados con el Empleado o fofemedodProfesional?

Si usted se encuentre incapacitado o inhabilitado para trabajar por mas de tres dias, el seguro de trabajadores que tienen los compoiios pudiero cubrir los facturos medicos y otros gastos relacionados. Tambien le compensarion 2/3 de sus ingresos (Hasta un monto maximo estipulado por lo ley).

Si usted sufre una lesion en el trabajo, debe:

1. Informarle a su empleador o supervisor de inmediato. No podra recibir todos sus beneficios o menos que su empleador fuere notificado que sufrío una lesión.
2. Informarle al medico quien le administre tratamiento que usted se lesionó en su trabajo.
3. Llenar el formulario Employee's Claim Form C-1 (disponible consultando la pagina del Internet para el Workers' Compensation o solicitondo uno por telefono). Diligenciarlo para que las oficinas del Workers' Compensation lo reciban lo antes posible.

Aviso: El suministrar information falsa u ocultar information sobre cualquier actividad relacionada con su trabajo o relacionada con su regreso al trabajo, pudiera afectar los beneficios que recibiera o pudiera acarrearle multas, encarcelamiento o ambas.

Employer/Empleador Sentry Casualty Company

Business Address/Dirección 345 Underl Blvd Rm 211 Wool Center

City/State/Zip Saint Louis, MO 63103-1020

Ciudad/Estado/Código Postal

Federal Employer ID (FEIN) XXXXXX4872

Identificación Federal Del Empleador

Telephone Number/Numero Telefónico 314-977-3952

Insurance Company Name Sentry Casualty Company

La Compañia de Seguro

Insurance Company Telephone 1-800-473-6119

telefono de la Compañia de Segura

MD w c e Form e-24 05/2017

Maryland Workers' Compensation Commission
10 East Baltimore Street, Baltimore, Maryland 21202-1641
(410) 864-5100 / Outside Baltimore (800) 492-0479

Webpage - <http://www.wcc.state.md.us> / TTY Users - 711 in Maryland or (800) 735-2258

This notice must be printed on 8.5 X 14" gold or yellow paper, display complete employer information and be posted in a conspicuous location at each work site or location in accordance with COMAR 14.09.01.02 and 14.09.01.10.



NOTICE TO EMPLOYEES

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL ACCIDENTS



IF YOU ARE INJURED ON THE JOB:

- **Immediately notify your employer that you have been injured.**

Employer HR/Workers' Compensation Contact

Phone Number

- **Tell the medical provider that you have been injured at work and give the information below:**

Insurance Carrier

Address

Phone Number

1800 North Point Drive

PO Box 8045

Sentry Casualty Company

Stevens Point, WI 54481-8045

800-473-6879

Employer

Address

3545 Lindell Blvd Rm 211 Wool Center

Saint Louis University

Saint Louis, MO 63103-1020

- **If the employer fails to report the injury to the insurer, the employee may file an Employee's Claim (Form 110).**
- **Additional information regarding your rights and eligibility for benefits pursuant the Workers' Compensation law may be obtained by contacting the Department of Industrial Accidents at 617.727.4900 or visiting www.mass.gov/dia.**

IF MEDICAL TREATMENT IS NEEDED:

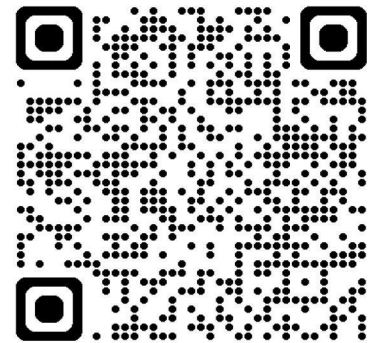
Injured workers may select their own medical provider. Medical treatment costs that are reasonable, necessary, and related to the work injury will be paid by the above-named insurer.

If medical facility information is provided below, the above-named insurer has a preferred provider arrangement and the insurer has arranged for your initial treatment at:

Medical Facility:

Address:

Phone Number:



EMPLOYER: THIS NOTICE MUST BE FILLED OUT AND POSTED WHERE EMPLOYEES CAN READ IT PURSUANT M.G.L. C. 152, SECTIONS 21, 22, 30, AND 75B (2). EMPLOYERS MAY NOT RETALIATE, DISCRIMINATE (IN ACCORDANCE WITH ANY APPLICABLE STATE OR FEDERAL LAWS WHICH INCLUDES IMMIGRATION STATUS), OR PROVIDE FALSE INFORMATION ABOUT THE WORKERS' COMPENSATION PROCESS TO THEIR EMPLOYEES. THIS NOTICE MUST BE UPDATED, POSTED AND REDISTRIBUTED WHEN THERE ARE CHANGES TO THE INFORMATION.

REVISED JUNE 2024

WC 80 20 0001 (Ed. 06-24)

9015977001

Sentry Casualty Company

Page 1 of 1

12/24/2024



AVISO PARA EMPLEADOS

COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES INDUSTRIALES



SI USTED TIENE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO:

- **Avise inmediatamente a su empleador que tuvo un accidente.**

Contacto de RH del Empleador/Indemnización por Accidente Laboral

Número de Teléfono

- **Avise al proveedor médico que usted tuvo un accidente en el trabajo y proporcione la siguiente información:**

Compañía de Seguros

Dirección

Número de Teléfono

1800 North Point Drive

PO Box 8045

Sentry Casualty Company

Stevens Point, WI 54481-8045

800-473-6879

Empleador

Dirección

3545 Lindell Blvd Rm 211 Wool Center

Saint Louis, MO 63103-1020

Saint Louis University

- **Si el empleador no informa el accidente a la compañía de seguros, el trabajador puede presentar un Reclamo del Empleado (Form. 110).**
- **Puede contactar al Departamento de Accidentes Industriales a través del 617.727.4900 o www.mass.gov/dia para obtener información adicional sobre sus derechos y elegibilidad para los beneficios según la ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo.**

SI SE REQUIERE TRATAMIENTO MÉDICO:

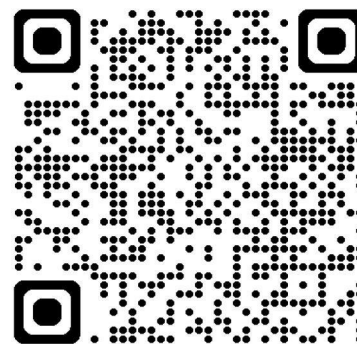
Los trabajadores que resulten lesionados pueden elegir sus propios proveedores médicos. Los costos por tratamientos médicos que sean razonables, necesarios y relativos al accidente laboral serán pagados por la compañía aseguradora que se menciona anteriormente.

Si se incluye información de una institución médica a continuación, significa que la compañía aseguradora mencionada tiene un acuerdo con un proveedor de preferencia para que su tratamiento inicial se realice en:

Institución Médica:

Dirección:

Número de Teléfono:



REVISADO EN JUNIO DE 2024

EMPLEADOR: ESTE AVISO DEBE COMPLETARSE Y PUBLICARSE EN UN LUGAR EN EL QUE LOS EMPLEADOS PUEDAN LEERLO, TAL COMO SE ESTABLECE EN M.G.L. C. 152, SECCIONES 21, 22, 30 Y 75B (2). LOS EMPLEADORES NO PODRÁN TOMAR REPRESALIAS, DISCRIMINAR (SEGÚN LO ESTABLECIDO PARA CUALQUIERA DE LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES APLICABLES, INCLUYENDO LA CONDICIÓN MIGRATORIA), NI BRINDAR INFORMACIÓN FALSA SOBRE EL PROCESO DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE LABORAL A SUS EMPLEADOS. ESTE AVISO DEBE ACTUALIZARSE, PUBLICARSE Y DISTRIBUIRSE CADA VEZ QUE SE PRODUZCAN CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN.

Workers' compensation

If you are injured

- Report any injury to your supervisor as soon as possible, no matter how minor it may appear. You may lose the right to workers' compensation benefits if you do not make a timely report of the injury to your employer. The time limit may be as short as 14 days.
- Provide your employer with as much information as possible about your injury.
- Get any necessary medical treatment as soon as possible. If you are not covered by a certified managed care organization (CMCO), you may treat with a doctor of your choice. Your employer must notify you in writing if you are covered by a **CMCO**.
- Cooperate with all requests for information concerning your claim.
The law allows the workers' compensation insurer to obtain medical information related to your work injury without your authorization, but they must send you written notification when they request the information.
The insurer cannot obtain other medical records unless you sign a written authorization.
- Get written confirmation from your doctor about any authorization to be off work. The note should be as specific as possible.

Workers' compensation pays for

- Medical care for your work injury, as long as it is reasonable and necessary.
- Wage-loss benefits for part of your lost income.
- Compensation for permanent damage to or loss of function of a body part.
- Vocational rehabilitation services if you cannot return to your pre-injury job or to your pre-injury employer due to your work injury.
- Benefits to your spouse and/or dependents if you die as a result of a work injury.

What the insurer must do

- The insurer must investigate your claim promptly. If you have been disabled for more than three calendar-days, the insurer must begin payment of benefits or send you a denial of liability within 14 days after your employer knew you were off work or had lost wages because of your claimed injury.
- **If the insurer accepts your claim for wage-loss benefits and you have been disabled for more than three calendar-days:** The insurer will notify you and must start paying wage-loss benefits within the 14 days noted above. The insurer must pay benefits on time. Wage-loss benefits are paid at the same intervals as your work paychecks.
- **If the insurer denies your claim for wage-loss benefits and you have been disabled for more than three calendar-days:** The insurer will send notice to you within 14 days. The notice must clearly explain the facts and reasons why they believe your injury or illness did not result from your work or why the claimed wage-loss benefits are not related to your injury.
If you disagree with the denial, talk with the insurance claims adjuster who is handling your claim. If you are not satisfied and still disagree with the denial, **call the Minnesota Department of Labor and Industry's Workers' Compensation Hotline at 1-800-342-5354.**

Fraud

Collecting workers' compensation benefits you are not entitled to is theft. Call 1-888-372-8366 to report workers' compensation fraud.

Insurer name and contact information

Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive
PO Box 8045
Stevens Point, WI 54481-8045
1-800-473-6879



(651) 284-5032 • 1-800-342-5354 • dli.workcomp@state.mn.us • www.dli.mn.gov

Posting required by law in a location where employees can easily see this notice.

August 2017

WC-80-22-0001 (Ed. 01-18)

9015977001
Sentry Casualty Company

12/24/2024

Compensación laboral

Si usted se lesiona

- Informe cualquier lesión a su supervisor tan pronto le sea posible; no importa que tan leve le pueda parecer. Usted podría perder el derecho a los beneficios de compensación laboral si no presenta a tiempo un informe de la lesión a su empleador. El tiempo límite puede ser tan corto como 14 días.
- Provea a su empleador la mayor cantidad de información posible sobre su lesión.
- Obtenga el tratamiento médico que necesite lo más pronto posible. Si no está cubierto por una organización de atención médica certificada, (CMCO), usted puede recibir tratamiento con el doctor que usted elija. Su empleador debe notificarle por escrito si tiene cobertura con un CMCO.
- Colabore con todas las solicitudes de información relacionadas con su reclamo.
La ley permite que la aseguradora de compensación laboral obtenga la información médica relacionada con su lesión sin su autorización, pero le debe enviar una notificación por escrito cuando solicite la información.
La compañía aseguradora no puede obtener otros expedientes médicos a menos que usted firme una autorización por escrito.
- Obtenga una confirmación por escrito de su médico sobre cualquier autorización para ausentarse del trabajo. La nota debe ser lo más específica posible.

Compensación laboral paga por lo siguiente

- Atención médica para su lesión ocurrida en el trabajo, siempre que sea razonable y necesaria.
- Beneficios por salario perdido para cubrir parte de los ingresos no recibidos.
- Compensación por daños permanentes o por pérdida de la función de una parte del cuerpo.
- Servicios de rehabilitación vocacional si usted no puede regresar al trabajo o a su empleador previo al accidente debido a su lesión en el trabajo.
- Beneficios para su conyuge o dependientes si usted fallece como consecuencia de una lesión laboral.

Lo que la aseguradora debe hacer

- La compañía aseguradora deberá investigar su reclamo con prontitud. Si usted ha estado incapacitado por más de tres días calendario, la aseguradora debe iniciar el pago de beneficios o enviarle un aviso de negación de responsabilidades dentro de los 14 días después que su empleador se entero de su ausencia laboral o había perdido parte de su salario debido a su reclamo por lesión.
- **Si la compañía aseguradora acepta su reclamo de beneficios por pérdida de salario y usted ha estado incapacitado por más de tres días calendario:** La aseguradora le notificará y deberá iniciar el pago de los beneficios por pérdida de salario dentro de los 14 días mencionados anteriormente. La aseguradora deberá pagar los beneficios puntualmente. Los beneficios por pérdida de salario se pagan en los mismos intervalos que sus cheques de nómina.
- **Si la compañía aseguradora deniega su reclamo de beneficios por pérdida de salario y usted ha estado incapacitado por más de tres días calendario:** La aseguradora le enviará una notificación dentro de los 14 días. La notificación debe explicar claramente los hechos y motivos por los cuales ellos consideran que su lesión o enfermedad no fue resultado de su trabajo o por que los beneficios por pérdida de salarios que reclama no están relacionados con su lesión.
Si usted no está de acuerdo con la denegación, hable con el ajustador de reclamos de la aseguradora a cargo de su reclamo. Si usted no está satisfecho y aun está en desacuerdo con la denegación, **comuníquese con el teléfono gratuito para Compensación para Trabajadores del Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota (Minnesota Department of Labor and Industry) al 1-800-342-5354.**

Fraude

Cabrar beneficios de compensación laboral a los cuales no tiene derecho, se considera robo. Llame al 1-888-FRAUD MN (1-888-372-8366) para reportar fraude de compensación laboral.

Nombre e información de contacto de la compañía aseguradora

Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive
PO Box 8045
Stevens Point, WI 54481-8045
1-800-473-6879



DEPARTAMENTO DE
TRABAJO E INDUSTRIA

(651) 284-5032 • 1-800-342-5354 • dli.workcomp@state.mn.us • www.dli.mn.gov

Se requiere la publicación de este aviso por ley en un lugar donde los empleados puedan verlo fácilmente. Agosto de 2017

NOTICE

The undersigned employer hereby gives notice that the payment of compensation to employees and their dependents has been secured in accordance with the provisions of the Employer's Liability Insurance Law, Title 34, Chapter 15, Article 5, Revised Statutes New Jersey, by insuring with the

Sentry Casualty Company

for the period

Beginning 01/01/2025 Ending 01/01/2026

Employer Saint Louis University

In accordance with the above cited law, notice of compliance must be posted and maintained conspicuously in and about the employer's workplaces.

AVISO

El patron avisa que ha asegurado el pago de compensación a los empleados y sus dependientes, de acuerdo con lo provisto por la ley de responsabilidad de los patrones de seguro para sus empleados. Titulo 34, Capitulo 15, Articulo 5, revision de estatutos del Estado de New Jersey, asegurandolos con.

Sentry Casualty Company

por el periodo

Comenzando 01/01/2025 Terminando 01/01/2026

Patron Saint Louis University

De acuerdo con la ley mencionada arriba, esta noticia debe ser colocada y mantenida en un lugar visible en todos los lugares trabajo.

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 forms are available at website www.ic.nc.gov or by calling the Help Line.
- Your employer's workers' compensation insurance carrier is Sentry Casualty Company .
- The insurance policy number is 9015977001 .
- Your employer's workers' compensation insurance policy is valid from 01/01/2025 until 01/01/2026 .

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 COMMISSION**

**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).

AVISO DE COMPENSACION LABORAL A EMPLEADORES Y EMPLEADOS LESIONADOS

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

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

El Empleado debera:

- Reportar inmediatamente su lesion o enfermedad ocupacional a su empleador.
- Notificar por escrito al empleador dentro de treinta (30) dias que ocurre la lesion o enfermedad ocupacional.
- Hacer inmediatamente un reclamo a la Comision Industrial usando la Forma 18, no mas tarde de (2) anos de ocurrir o desarrollar su lesion o enfermedad ocupacional.
- Si el tratamiento medico o el pago de compensacion no es prontamente suministrado, llame a la compania de seguros/administrador o requiera una audiencia ante la Comision Industrial usando la Forma 33 Peticion que la Demanda sea Asignada a una Audiencia.
- Las formas de la Comision estan disponibles en la pagina web www.ic.nc.gov o llamando a la Linea de Ayuda.
- La compania de seguros de compensacion para trabajadores de su empleador es Sentry Casualty Company
- El numero de la poliza de seguro es 09-045-977-00-0-1
- La poliza de seguro de compensacion para trabajadores de su empleador es valida desde 01/01/2025 hasta 01/01/2026

Para asistencia: Llame a la Comisi6n Industrial LINEA DE AYUDA-(800) 688-8349.

El Empleador debera:

- Proveer todos los servicios medicos necesarios al empleado.
- Reportar la lesion a la compania de seguros/administrador ya la Comision Industrial usando la Forma 19 Reporte de Accidente dentro de cinco (5) dias, si su empleado falta mas de un (1) dia de trabajo o si los gastos de tratamientos medicos 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 compensacion al empleado de acuerdo con el Acta de Compensacion Laboral.



**NORTH CAROLINA
INDUSTRIAL COMMISSION**

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

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

WC-80-32-0006 (Ed. 12-20)

9015977001

Sentry Casualty Company

1 00001 0000000000 24359 0 N

3b63a343-7452-437e-83af-fa94d9f62066

Page 1 of 1

12/24/2024

CC-Form-1A Oklahoma Workers' Compensation Notice and Instruction to Employers and Employees

All employees of this employer who are entitled to benefits of the Administrative Workers' Compensation Act are hereby notified that this employer has complied with all rules of the Workers' Compensation Commission and that this employer has secured payment of compensation for all employees and their dependents in accordance with the Act. All employees are further notified this employer will furnish first aid, medical, surgical, hospital, optometric, podiatric, chiropractic and nursing services, medicine, crutches and other apparatus as may be reasonably necessary in connection with the injury received by the employee, as well as payments of compensation to any injured employee or the employee's dependents as provided in the Act.

Any employee who has suffered a compensable injury covered by the Administrative Workers' Compensation Act is entitled to vocational rehabilitation services, including retraining and job placement, if, as a result of the injury, the employee is unable to perform work for which the person has previous training or experience.

The Oklahoma Workers' Compensation Commission has a Counselor Division to provide information to injured workers, employers, and other interested persons. Mediation is available to help resolve certain workers' compensation disputes. For information, call the Counselor Division at 405-522-5308 or In-State Toll Free 855-291-3612.



Signature of Employer
Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive
PO Box 8045
Stevens Point, WI 54481-8045
Insurer Name and Address
01/01/2026
Date of Expiration of Insurance Policy (Not applicable to employers authorized to self-insure.)

Employee's Responsibilities In Case of Work Related Injury

If accidentally injured or affected by cumulative trauma or an occupational disease arising out of and in the course of employment, however slight, the employee should notify the employer immediately. If this employer is a partnership, notice shall be given to any partner. If this employer is a corporation, notice shall be given to any agent or officer of the corporation upon whom legal process may be served. Notice shall also be given to the person in charge of business at the location of operations where the injury occurred. Unless oral or written notice is given to the employer within thirty (30) days, the claim for compensation may be forever barred.

The employee may file a claim for compensation with the **WORKERS' COMPENSATION COMMISSION** for an accidental injury, death, cumulative trauma or occupational disease or illness occurring **ON OR AFTER** February 1, 2014. Forms to file a compensation claim should be furnished by this employer and also are available from the Workers' Compensation Commission. The forms are posted on the Commission's website, www.wcc.ok.gov.

A claim for compensation must be filed with the Commission within the time specified by law, or be forever barred. Based on law effective May 28, 2019, a claim for compensation for any accidental injury must be filed with the Commission within one (1) year of the date of injury or, if the employee has received benefits under Title 85A for the injury, six (6) months from the date of the last issuance of such benefits; a death claim must be filed within two (2) years of the date of death; a claim for compensation for occupational disease or illness must be filed within two (2) years of the last injurious exposure; and a claim for compensation for cumulative trauma must be filed within one (1) year of the date of injury.

Claims for compensation for accidental injury, death, cumulative trauma or occupational disease or illness occurring BEFORE February 1, 2014 may be filed with the WORKERS' COMPENSATION COURT OF EXISTING CLAIMS and are subject to different notice of injury requirements and claims filing deadlines than those for accidental injury, death, cumulative trauma or occupational disease or illness occurring on or after February 1, 2014. Failure to comply with applicable notice requirements and deadlines may operate to forever bar the claim. Contact the WORKERS' COMPENSATION COURT OF EXISTING CLAIMS for additional information.

Employer's Responsibilities

The employer must provide employees with immediate first aid, medical, surgical, hospital, optometric, podiatric, chiropractic and nursing services, medicine, crutches and other apparatus as may be reasonably necessary in connection with the injury received by the employee. This applies to care for all injuries and illnesses arising out of and in the course of employment, regardless of their character. Within ten (10) days after the date of receipt of notice or knowledge of death or injury that results in the loss of time beyond the shift or medical attention away from the work site, the employer or the employer's representative **MUST** send a report thereof to the Workers' Compensation Commission via Electronic Data Interchange as specified in Commission rules.

No agreement by any employee to pay any portion of the premium paid by the employer to a carrier or a benefit fund or department maintained by the employer for the purpose of providing compensation or medical services and supplies as required by the workers' compensation laws, shall be valid. Any employer who makes a deduction for such purposes from the pay of any employee entitled to benefits under the workers' compensation laws shall be guilty of a misdemeanor.

No agreement by any employee to waive workers' compensation rights and benefits shall be valid.

Any person who commits workers' compensation fraud, upon conviction, shall be guilty of a felony punishable by imprisonment, a fine or both.

**Workers' Compensation Commission
1915 North Stiles Avenue
Oklahoma City, Oklahoma 73105-4918
Tele. 405-522-5308 (OKC) • 918-295-3732 (TU) • In-State Toll Free 855-291-3612
Web Site • www.wcc.ok.gov**

Rev. 1-1-2021

This notice must be posted and maintained by the employer in one or more conspicuous places on the work premises.

CC-Form-1A **Aviso e Instrucción de Compensación de Trabajadores de Oklahoma para Empresarios y Trabajadores**

Se notifica por la presente a todos los empleados de esta empresa que tengan derecho a los beneficios de la Ley de Compensación para Trabajadores Administrativos que este empleador ha cumplido con todas las reglas de la Comisión de Compensación de Trabajadores, y que este empleador ha asegurado el pago de compensación a todos los empleados y sus dependientes en conformidad con la ley. Asimismo, se notifica a todos los empleados que este empleador proporcionará primeros auxilios, servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, de optometría, podología, quiropráctica, y enfermería, medicina, muletas y otros aparatos que sean razonablemente necesarios en relación con la lesión sufrida por el trabajador, así como los pagos de compensación a cualquier empleado lesionado o sus dependientes conforme a lo dispuesto por la ley.

Cualquier empleado que haya sufrido una lesión indemnizable amparado por la Ley de Compensación para Trabajadores Administrativos tiene derecho a los servicios de rehabilitación vocacional, esto incluye la re-capacitación e inserción laboral si el empleado ya no pudiese realizar el trabajo para el cual tuviese formación o experiencia previa como consecuencia de la lesión.

La Comisión de Compensación de Trabajadores de Oklahoma cuenta con una División de Asesoría para proporcionar información a los trabajadores lesionados, empleadores y otras personas interesadas.

Existe la posibilidad de mediación para ayudar a resolver disputas de compensación para ciertos trabajadores. Para obtener más información llame a la División de Consejería al 405-522-5308 o al número gratuito (dentro del estado) 855-291-3612.



Firma del Empleador

Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive
PO Box 8045
Stevens Point, WI 54481-8045

Nombre y Dirección del Asegurador

01/01/2026

Fecha de Vencimiento de la Póliza de Seguro (No aplicable a los empleadores autorizados para auto-asegurarse.)

Responsabilidades de/ empleado en caso de sufrir una lesión relacionada trabajo

De resultar danado o afectado por trauma acumulativo o una enfermedad profesional que surja del empleo y en el transcurso de su desempeño, por leve que sea, el empleado debe notificar al empleador inmediatamente. Si este empleador es una sociedad, se debe notificar a cualquier socio. Si este empleador es una corporación, la notificación se hará a cualquier agente o funcionario de la corporación autorizado a recibir tal notificación. Se notificará también a la persona a cargo de los negocios en el lugar de operaciones donde se haya producido la lesión. De no haber notificado verbalmente o por escrito al empleador dentro de los treinta (30) días, el reclamo de indemnización puede prescribir de forma definitiva.

El empleado puede presentar un reclamo de indemnización ante la **COMISION DE COMPENSACION DE TRABAJADORES** por una lesión accidental, muerte, trauma acumulativo o enfermedad profesional o enfermedad accidental que ocurra **EL 1 de febrero de 2014, 0 DESPUES** de esa fecha. Este empleador debe suministrar los formularios para presentar un reclamo de compensación, y también se encuentran disponibles en la Comisión de Compensación de Trabajadores. Los formularios se encuentran publicados en el sitio web de la Comisión, www.wcc.ok.gov.

El reclamo de compensación debe ser presentado ante la Comisión en el plazo fijado por la ley, o prescribiera para siempre. En virtud con la Ley vigente al partir del 28 de mayo de 2019, los reclamos de indemnización por cualquier lesión accidental se deben presentarse ante la Comisión dentro de un (1) año transcurrido a partir de la fecha de la lesión; o, si el empleado ha recibido beneficios bajo el Título 85A por la lesión, seis (6) meses desde la fecha de la última emisión de dichos beneficios; un reclamo de muerte debe presentarse dentro de los dos (2) años a partir de la fecha de la muerte; los reclamos de indemnización por males o enfermedades profesionales se deben presentar dentro de los dos (2) años transcurridos a partir de la última exposición perjudicial; y los reclamos de indemnización por trauma acumulativo se deben presentar dentro de un (1) año transcurrido a partir de la fecha de la lesión. Se prohíben los reclamos de indemnización adicional a menos que sean presentados dentro de un (1) año transcurrido a partir del último pago de compensación por discapacidad o dos (2) años desde la fecha de la lesión, el período que sea mayor.

Los reclamos de indemnización por lesiones, muerte, trauma acumulativo o males o enfermedades profesionales que ocurrieran **ANTES del 1 de febrero de 2014** se pueden presentar ante el **TRIBUNAL DE RECLAMOS EXISTENTES DE COMPENSACION AL TRABAJADOR** y estarán sujetos a diferentes requisitos de notificación de la lesión y distintos plazos para presentar reclamos a los requeridos para los correspondientes a lesiones accidentales, muerte, trauma acumulativo o males o enfermedades profesionales que ocurrieran a partir del 1 de febrero de 2014. El incumplimiento de los requisitos y los plazos de notificación aplicables puede resultar en la prescripción definitiva del reclamo. Pongase en contacto con el Tribunal de Reclamos Existentes de Compensación al Trabajador para obtener información adicional.

Responsabilidades de/ Empleador

El empleador debe proporcionar a los empleados primeros auxilios, servicios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, de optometría, podología, quiropráctica, así como servicios de enfermería, medicina, muletas y otros aparatos que sean razonablemente necesarios en relación con la lesión sufrida por el empleado. Esto es aplicable al cuidado de todas las lesiones y enfermedades que surjan del empleo y el transcurso de su desempeño, independientemente de su carácter. El empleador o su representante, **DEBERÁ** enviar, dentro de los diez (10) días a partir de la fecha de recepción de la notificación o el conocimiento de la muerte o lesión que resulte en pérdida de tiempo más allá del turno o atención médica fuera del lugar de trabajo del empleado lesionado, un informe sobre esto a la Comisión de Compensación de Trabajadores, a través del Intercambio Electrónico de Datos, como se especifica en las reglas de la Comisión.

Se invalidará cualquier acuerdo hecho por un empleado para pagar cualquier porción de la prima pagada por el empleador a un operador, fondo de prestaciones o departamento mantenido por el empleador con el fin de indemnizar o proveer servicios y suministros médicos, tal como lo requieren las leyes de compensación de los trabajadores. Cualquier empleador que realice una deducción del pago de cualquier empleado con derecho a prestaciones en virtud de las leyes de compensación de los trabajadores para tales propósitos será culpable de un delito menor.

Se invalidará cualquier acuerdo hecho por un empleado para renunciar a los derechos y beneficios de compensación del trabajador.

Toda persona que cometa fraude de compensación del trabajador, será culpable, de ser condenada, de un delito grave punible con pena de prisión, una multa o ambas.

Comisión de Compensación de Trabajadores
1915 North Stiles Avenue Ste 231
Oklahoma City, Oklahoma 73105-4918
Tel. 405-522-5308 (OKC) • 918-295-3732 (TU) • Línea gratuita (dentro del estado) 855-291-3612
Sitio Web • www.wcc.ok.gov

Enmendado 1-1-2021

Este aviso debe ser publicado y mantenido por el empleador en uno o más lugares visibles en el lugar de trabajo.

WC-80-35-0007 (Ed. 01-21)

9015977001
Sentry Casualty Company

1 00001 0000000000 24359 0 N

5a2a8b64-3601-4781-87b3-7364df44d68d

Page 1 of 1

12/24/2024

This employer is subject to the provisions of the

WORKERS' COMPENSATION ACT

of the State of Rhode Island

Workers' Compensation Insurance Company: Sentry Casualty Company

Adjusting Company: Sentry Casualty Company

Telephone: 800-473-6879

Policy Effective Date: 01/01/2025

In accordance with Rhode Island General Law §28-32-1, the employer must report to the Director of Labor and Training every personal injury sustained by an employee if the injury incapacitates the employee from earning full wages for at least three (3) days or requires medical treatment, regardless of the period of incapacity. If the injury proves fatal, the report must be filed within forty-eight (48) hours. If not fatal, the report shall be made within ten (10) days of the injury.

An injured employee shall have the freedom to choose medical treatment initially. The employee's first visit to any facility under contract or agreement with the employer or insurer to provide priority care shall not be considered the employee's initial choice.

For more information about Workers' Compensation procedures and benefits, call the Education Unit at (401) 462-8100 and press option #1 or TDD (401) 462-8006. If you suspect fraud, contact the Fraud Prevention Unit at (401) 462-8100 and press option #7.

In accordance with Rhode Island General Law §28-29-13, this notice must be posted and maintained in conspicuous places where workers are employed. Fines may be imposed for noncompliance.

DWC-8 (6/2020)

Esta empresa esta sujeta a las estipulaciones delis

ACTA DE COMPENSACION DE TRABAJADORES

del Estado de Rhode Island

Seguro de Compensación de Trabajo: Sentry Casualty Company -----

Compania Ajustadora: Sentry Casualty Company -----

Telefono: 1-800-473-6879 **Fecha Efectiva de Póliza:** 0110112025

De acuerdo con las Leyes Generales de Rhode Island §28-32-1, las empresas tienen que reportarle al Director de Trabajo y Entrenamiento cada lesion personal reportada par un empleado si la lesion incapacita al empleado de ganar un sueldo completo par un mnimo de tres (3) dfas, o requiere tratamiento medico, sin importar el perfodo de incapacidad. Si la lesion es fatal, el incidente debe ser reportado dentro de cuarenta y ocho (48) horas. Si no es fatal, el incidente sera reportado dentro de diez (10) dfas de la lesion.

Un empleado lesionado tiene la libertad de escoger al primer proveedor medico. La primera visita del empleado a cualquier centro de atencion medico contratado par la empresa o la aseguradora, con la intencion de facilitar atencion inmediata, no sera considerado el primer proveedor medico.

Para mas informacion referente a la compensacion para trabajadores a causa de accidentes de trabajo, procedimientos y beneficios, llame a la Unidad Educacional al (401) 462-8100 y apriete la opcion #1 o TDD (401) 462-8006. Si usted sospecha de fraude, pongase en contacto con la Unidad de Prevencion de Fraude al (401) 462-8100 y apriete la opcion #7.

De acuerdo con las Leyes Generales de Rhode Island §28-29-13, este aviso debe ser colocado y mantenido en lugares visibles para los trabajadores. Las empresas que no cumplan con este requerimiento pueden ser sujetas a multas.

DWC-8 S (6/2020)

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION IN TEXAS

COVERAGE: Saint Louis University has workers' compensation insurance coverage from Sentry Casualty Company, in the event of work-related injury or occupational disease. This coverage is effective from 01/01/2025. Any injuries or occupational diseases which occur on or after that date will be handled by Sentry Casualty Company. An employee or a person acting on the employee's behalf, must notify the employer of an injury or occupational disease not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an occupational disease, unless the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (Division) determines that good cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information, in writing, when you are hired or whenever the employer becomes or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free information about how to file a workers' compensation claim. Division staff will answer any questions you may have about workers' compensation and process any requests for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistance by contacting your local Division field office or by calling 1-800-252-7031 The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) also provides free assistance to injured employees and will explain your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Act. You can obtain OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service representative in your local Division field office or by calling 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a 24 hour toll-free telephone number for reporting unsafe conditions in the workplace that may violate occupational health and safety laws. Employers are prohibited by law from suspending, terminating, or discriminating against any employee because he or she in good faith reports an alleged occupational health or safety violation. Contact the Division at 1-800-452-9595.

COVERED EMPLOYER

Texas Workers' Compensation Rule 110.101(e)(1) requires employers who are covered by workers' compensation through a commercial insurance company to advise their employees that they do have workers' compensation insurance coverage and to advise their employees of the Texas Department of Insurance Division of Workers' Compensation's toll-free number to obtain additional information about their workers' compensation rights.

Notices in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population must be posted and:

1. Prominently displayed in the employer's personnel office, if any;
2. Located about the workplace in such a way that each employee is likely to see the notice on a regular basis;
3. Printed with a title in at least 26 point bold type, subject in at least 18 point bold type, and text in at least 16 point normal type; and
4. Contain the exact words as prescribed in Rule 110.101(e)(1).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post or to provide notice as required in the rule is a violation of the Act and Division rules. The violator may be subject to administrative penalties.

Do Not Post This Side

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: Saint Louis University tiene cobertura de seguros de compensación para trabajadores con Sentry Casualty Company para protegerle en caso de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo. Esta cobertura está vigente desde 01/01/2025. Cualquier lesión o enfermedad ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manejada por Sentry Casualty Company. Un empleado o una persona que actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacional, al menos que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation - TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) (División) determine que existió una buena causa para que no se haya notificado al empleador dentro del tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación de proporcionarle a usted información por escrito sobre la cobertura cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores

ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporciona información gratuita sobre cómo presentar una reclamación de compensación para trabajadores. El personal de la División contestará cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesará cualquier solicitud de resolución de disputas relacionada con una reclamación. Usted puede obtener este tipo de asistencia comunicándose con su oficina local de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel - OIEC, por su nombre y siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC comunicándose con un representante de servicio al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

LINEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACIONES DE SEGURIDAD: La División cuenta con una línea gratuita telefónica que está en servicio las 24 horas del día para reportar condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen en contra de cualquier empleado porque él o ella de buena fe reporta una alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.

Notice 6 (01/13) TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE, DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION Rule 110.101(e)(1)

WC-80-42-0025 (Ed. 01-13)

9015977001
Sentry Casualty Company

Page 1 of 2

12/24/2024

EMPLEADOR CON COBERTURA

El Reglamento 110.101 (e)(1) de Compensación para Trabajadores de Texas requiere que los empleadores que cuentan con una cobertura de compensación para trabajadores mediante una compañía de seguros comercial notifiquen a sus empleados que ellos cuentan con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores e informen a sus empleados sobre el número de la línea telefónica gratuita del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para obtener información adicional sobre sus derechos de compensación para trabajadores.

Avisos en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los trabajadores del empleador deben ser puestos a la vista y:

1. Mostrarse en un lugar prominente de la oficina de personal del empleador, si es que la hay;
2. Ubicar este aviso en el área de trabajo de tal manera que los empleados lo vean regularmente;
3. El título debe ser impreso en tamaño 26, en letra negrita de punto, el tema debe ser impreso en tamaño 18, en letra negrita de punto, y el texto, por lo menos en tamaño 16 en letra negrita de punto normal; y
4. Contener las palabras exactas según lo señalado en el Reglamento 110.101 (e)(1).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos que se han señalado en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido en el reglamento es una falta a la ley y a los reglamentos de la División. El infractor podría estar sujeto a sanciones administrativas.

NO MOSTRAR ESTE LADO

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING ASSISTANCE AVAILABLE IN THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM FROM THE OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

Have you been injured on the job? As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the **Office of Injured Employee Counsel (OIEC)**. OIEC is the state agency that assists unrepresented injured employees with their claim in the workers' compensation system.

You can contact OIEC by calling its toll-free telephone number: **1-866-393-6432**.

More information about OIEC and its Ombudsman Program is available at the agency's website (www.oiec.texas.gov).

OMBUDSMAN PROGRAM

What Is An Ombudsman? An Ombudsman is an employee of OIEC who can assist you if you have a dispute with your employer's insurance carrier. An Ombudsman's assistance is free of charge. Each Ombudsman has completed a comprehensive training program designed specifically to assist you with your dispute.

An Ombudsman can help you identify and develop the disputed issues in your case and attempt to resolve them. If the issues cannot be resolved, the Ombudsman can help you request a dispute resolution proceeding at the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation.

Once a proceeding is scheduled an Ombudsman can:

- Help you prepare for the proceeding (Benefit Review Conference and/or Contested Case Hearing);
- Attend the proceeding with you and communicate on your behalf; and
- Assist you with an appeal or a response to an insurance carrier's appeal, if necessary.



Aviso Para Los Empleados Sobre La Asistencia Disponible En El Sistema De Compensación Para Trabajadores Por Parte De La Oficina De Asesoría Pública Para El Empleado Lesionado

¿Se ha lesionado en el trabajo? Como empleado lesionado en Texas, usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte de la **Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado** (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). OIEC es la agencia estatal que asiste a los empleados lesionados que no cuentan con representación legal con su reclamación en el sistema de compensación para trabajadores.

Usted puede comunicarse con OIEC llamando a su número de teléfono gratuito: **1-866-393-6432**.

Más información sobre OIEC y sobre el Programa de Ombudsman se encuentra disponible en el sitio web de la agencia (www.oiec.texas.gov).

Programa de Ombudsman

¿Qué es un Ombudsman? Un Ombudsman es un empleado de OIEC que le puede asistir si usted tiene una disputa con la aseguradora de su empleador. La asistencia por parte del Ombudsman es gratuita.

Cada Ombudsman ha completado un extenso programa de capacitación, el cual ha sido diseñado específicamente para asistirle a usted con su disputa.

Un Ombudsman puede ayudarle a identificar y desarrollar los asuntos en disputa en su caso e intentar resolverlos. Si los asuntos no pueden ser resueltos, el Ombudsman puede ayudarle a solicitar un procedimiento de resolución de disputas ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés).

Una vez que el procedimiento ha sido programado, el Ombudsman puede:

- Ayudarle a prepararse para el procedimiento (Conferencia para Revisión de Beneficios [Benefit Review Conference, por su nombre en inglés] y/o Audiencia para Disputar Beneficios [Contested Case Hearing, por su nombre en inglés]);
 - Asistir al procedimiento con usted y hablar en su nombre; y
- Ayudarlo a usted con una apelación o con una respuesta a la apelación de una aseguradora, si es necesario.



Título 28 del Código Administrativo de
Texas §276.5(c) - Septiembre de 2022

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Employer: Saint Louis University

has complied with the provisions of the Workers' Compensation Act (§34A-2-101, Utah Code Annotated), the Utah Occupational Disease Act (§34A-3-101, Utah Code Annotated), and the rules of the Labor Commission by insuring the liability to pay the compensation and other benefits provided by said Acts through:

Insurance Company: Sentry Casualty Company

Policy Number: 9015977001

1800 North Point Drive
PO Box 8045

Address for the above insurance company: sevensPoint, WI 544818045

Telephone number: 1-800-473-6879

D Check here if the employer has been authorized by the Division of Industrial Accidents to self-insure and directly pay workers' compensation benefits.

WORKERS' COMPENSATION

Workers' Compensation is insurance which pays medical expenses and helps offset lost wages for employees with work-related injuries or illnesses. If you have an on-the-job injury or occupational disease, it may pay for: hospital and medical bills, time lost from work, permanent loss of body function, prosthetic devices, and burial and dependent benefits in case of death.

HOW TO REPORT AN ACCIDENT

1. Report the injury, no matter how slight, immediately to your supervisor. You may lose your rights if your injury is not reported within 180 days of the injury or work-related illness.
2. Ask your employer where you should go for treatment. 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.
3. Tell the doctor HOW, WHEN and WHERE the accident happened. The doctor will fill out a physician's initial report form. A copy of the report is given to you and copies of the report are sent to the insurance company and the Labor Commission within seven (7) days of your doctor visit.
4. Your employer shall fill out the employer's first report of injury form. A copy of this report is sent to the insurance company within seven (7) days of the accident. The insurance company will report the injury to the Labor Commission.

HOW TO START COMPENSATION

1. Ask your employer which insurance company pays workers' compensation benefits for the company.
2. Ask your employer to report the accident to the insurance company and give you the claim number.
3. Call the insurance company and ask them to start your workers' compensation benefits. The insurance company will require the employer's report, the physician's report, and may ask you to fill out a request for compensation. Cooperate with the adjuster's investigation of the injury.
4. Ask your doctor to send medical reports to the insurance company, including the work status statement.

REHABILITATION

If you cannot return to work, you may be eligible for a rehabilitation program. Contact the insurance company listed above or the Utah State Office of Rehabilitation.

FRAUD STATEMENT: "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."



160 East 300 South 3rd Floor P.O. Box 146610 Salt Lake City, Utah 84114-6610
Office: (801)-530-6800 Fax: (801)-530-6804 Toll Free: (800)-530-5090 www.laborcommission.utah.gov

If you want copy of an *Employee's Guide to Workers' Compensation* booklet or have questions, contact the Labor Commission or go to the webpage at www.laborcommission.utah.gov.

Note: This notice must be posted and kept continuously in public and conspicuous places in the office, shop or place of business of the employer as per §34A-2-204 and §34A-2-104.5, Utah Code Annotated.

AVISO DE COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES

La Empresa: Saint Louis University

Ha cumplido con las disposiciones de la Ley de Compensacion para los Trabajadores (§34A-2-101, Codigo de Utah Anotado), la Ley de Enfermedades Ocupacionales de Utah (§34A-3-101, Codigo de Utah Anotado), y las reglas de la Comision Laboral por asegurando la obligacion de pagar compensacion y otros beneficios preveidos por las Leyes y teniendo cobertura con:

Compafiia de Seguros: Sentry Casualty Company

Numero de P6liza: 9015977001 -----

1800 North Point Drive
PO Box 8045

Direccion de la compafiia de seguros: Sentry Point WI 544818045 -----

Numero de telefono: 18004736879 -----

D Marque aqui si la Division de Accidentes Industriales ha autorizado el empleador a tener el auto-seguro y pagar los beneficios de compensacion directamente al trabajador.

COMPENSACION PARA LOS TRABAJADORES

Compensacion para los trabajadores es un seguro que paga los gastos medicos y ayuda a compensar los salarios perdidos de los empleados con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Si usted tiene una lesion en el trabajo o una enfermedad ocupacional, puede pagar: facturas hospitalarias y medicas, perdida de tiempo del trabajo, perdida permanente de la funcion corporal, dispositivos protesicos y servicios funerarios y beneficios para dependientes en caso de muerte.

COMO REPORTAR UN ACCIDENTE

1. Informe inmediatamente a su supervisor de la lesion. Usted puede perder sus derechos si no reporte su lesion o enfermedad relacionada con el trabajo dentro de 180 dias.
2. Pregunte a su empleador donde debe ir para recibir tratamiento. Si su empleador tiene un clinico designado, vaya alli de inmediato para recibir tratamiento. Si no tiene un clinico designado, vaya a un medico de su eleccion.
3. Informe al doctor COMO, CUANDO y DONDE ocurrio el accidente. El medico llenara el formulario de informe inicial del medico. Usted debe recibir una copia del informe y copias se envian a la compafiia de seguros y a la Comision Laboral dentro de siete (7) dias de su visita al medico.
4. Su empleador llenara el formulario de informe inicial del empleador. Usted debe recibir una copia del informe y una copia se envia a la compafiia de seguros dentro de siete (7) dias. La compafiia de seguros es responsable a reportar a la Comision Laboral.

COMO EMPEZAR COMPENSACION

1. Pregunte a su empleador que compafiia de seguros pagara los beneficios de compensacion para los trabajadores.
2. Pidale a su empleador que reporte el accidente a la compafiia de seguros y que le de el numero de reclamo.
3. Llame a la compafiia de seguros y pidales que inicien sus beneficios de compensacion para trabajadores. La compafiia de seguros requerira el informe del empleador, el informe del medico, y puede pedirle a usted que llene una solicitud de compensacion. Cooperar con la investigacion del ajustador sobre la lesion.
4. Pidale a su medico que envíe informes medicos a la compafiia de seguros, incluyendo la declaracion de estado de trabajo.

REHABILITACION

Si no puede regresar al trabajo, puede ser elegible para un programa de rehabilitacion. Pongase en contacto con la compafiia de seguros mencionada anteriormente o con la Oficina de Rehabilitacion del Estado de Utah.

DECLARACION DE FRAUDE: "Cualquier persona que a sabiendas presente informacion falsa o fraudulenta de suscripcion de seguros, archivos o causas para presentar una reclamo falso o fraudulento por compensacion de incapacidad o beneficios medicos, o presente un informe o facturacion falsa o fraudulenta por gastos medicos u otros servicios profesionales es culpable de un crimen y pueden ser sujetos a multas y confinamiento en una prision estatal."



160 East 300 South 3rd Floor P.O. Box 146610 Salt Lake City, Utah 84114-6610

Telefono: (801) 530-6800 Fax: (801) 530-6804 Linea gratuita: (800)-530-5090 www.laborcommission.utah.gov

Si desea una copia del folleto de *la Guia Sobre el Seguro de Compensacion Para los Trabajadores* o tiene preguntas, comuniquese con la Comision Laboral o visite la pagina web en www.laborcommission.utah.gov.

Nota: Este aviso debe ser publicado y mantenido continuamente en lugares publicos y visibles en la oficina, tienda o lugar de negocios del empleador segun §34A-2-204 y §34A-2-104.5, Codigo de Utah Anotado.

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

The employees of this business are covered by the Virginia Workers' Compensation Act. In case of injury by accident or notice of an occupational disease:

THE EMPLOYEE SHOULD:

1. Immediately give notice to the employer, in writing, of the injury or occupational disease and the date of accident or notice of the occupational disease.
2. Promptly give to the employer and to the Virginia Workers' Compensation Commission notice of any claim for compensation for the period of disability beyond the seventh day after the accident. In case of fatal injuries, notice must be given by one or more dependents of the deceased or by a person in their behalf.
3. In case of failure to reach an agreement with the employer in regard to compensation under the act, file application with the Commission for a hearing within two years of the date of accidental injury or first communication of the diagnosis of an occupational disease.
4. If medical treatment is anticipated for more than two years from the date of the accident and no award has been entered, the employee should file a claim with the Commission within two years from the date of the accident.

NOTE: The employer's report of accident is not the filing of a claim for the employee. The voluntary payment of wages or compensation during disability, or of medical expenses, does not affect the running of the time limitation for filing claims. An award based on a voluntary agreement must be entered or a claim filed within two years; one year in death cases.

THE EMPLOYER SHOULD:

1. At the time of the accident, give the employee the names of at least three physicians from which the employee may select the treating physician.
2. Report the injury to the Commission through your carrier or directly to the Commission.
3. Accurately determine the employee's average weekly wage, including overtime, meals, uniforms, etc.

Questions may be answered by contacting the Commission. A booklet explaining the Workers' Compensation Act is available without cost from:

THE VIRGINIA WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
333 E. Franklin St
Richmond, Virginia 23219
1-877-664-2566
www.workcomp.virginia.gov

Every employer within the operation of the Virginia Workers' Compensation Act MUST POST THIS NOTICE IN A CONSPICUOUS PLACE in his place of business.

NOTICIA SOBRE COMPENSACIÓN LABORAL

Los empleados de ésta empresa están cubiertos por la Ley de Compensación Para Los Trabajadores de Virginia (Virginia Workers' Compensation Act). En caso de lesión por accidente o aviso por accidente o aviso de una enfermedad ocupacional:

EL EMPLEADO DEBE:

1. Dar aviso inmediato, por escrito, al empleador sobre lesiones o enfermedad ocupacional y dar la fecha del accidente o del aviso de la enfermedad ocupacional.
2. Dar aviso inmediato al empleador y a "Virginia Workers' Compensation Commission" de cualquier reclamo por compensación por periodos de incapacidad de más de siete días después del accidente. En caso de lesiones fatales, el aviso debe ser dado por uno o más de los dependientes o herederos del difunto o las personas que los representan.
3. Presentar una solicitud a la Comisión para una audiencia dentro de dos años de la fecha de la lesión por accidente o de la primera comunicación del diagnóstico de enfermedad ocupacional, si no llega a un acuerdo con el empleador en relación al pago de compensación bajo la Ley.
4. Presentar una solicitud a la Comisión dentro de los dos años de la fecha del accidente, si el tratamiento médico es anticipado por más de dos años de la fecha del accidente y el empleado no ha recibido una orden de la Comisión.

NOTA: El reporte de accidente del empleador no es la presentación del reclamo del empleado. El pago voluntario de sueldos o compensación durante la incapacidad o de los gastos médicos, no afecta el transcurso de la limitación del tiempo para presentar reclamos. La Comisión debe de dar una orden cubriendo acuerdos voluntarios y si no, una reclamación debe de ser presentada por el empleado dentro de los dos años del accidente; un año en caso de fallecimiento.

EL EMPLEADOR DEBE:

1. Al momento del accidente, dar al empleado los nombres de por lo menos tres médicos, de los cuales el empleado puede escoger un médico para su tratamiento.
2. Reportar las lesiones a la Comisión a través de su representante o directamente a la Comisión.
3. Determinar exactamente el salario semanal del empleado, incluyendo sobretiempo, comidas, uniformes, etc.

Preguntas pueden ser contestadas llamando a la Comisión. Un folleto explicando la Ley de Compensación Para Los Trabajadores está disponible sin costo de:

THE VIRGINIA WORKERS' COMPENSATION COMMISSION
333 E. Franklin St., Richmond Virginia 23219
1-877-664-2566
vwc.state.va.us

Cada empleador dentro de la operación de la Ley de Compensación Para Trabajadores en Virginia, DEBE DE EXPONER ESTE AVISO EN UN LUGAR VISIBLE, en la empresa o lugar de negocios.



NOTICE

The Undersigned, an employer within the meaning of the Workers' Compensation Law of the State of West Virginia hereby gives notice to our employees that we have secured the payment of compensation to our employees and their dependents in accordance with the provisions of said law, by insuring with:

**Sentry Casualty Company
1800 North Point Drive
Stevens Point, WI 54481-8045**

Phone: 800-473-6879

Employer

Human Resources Contact: _____

Phone: _____

Dated: _____

Please post in a conspicuous place.



(Employer) Saint Louis University

This employer is insured to provide compensation benefits (Including medical and hospital care) to its employees, or monetary benefits to eligible survivors, in case of work-connected injury, occupational illness or death, in accordance with the provisions of the above law and rules of the Office of Workers' Compensation Programs.

- **NOTIFY YOUR EMPLOYER IMMEDIATELY.** If possible, complete Form LS-201, Notice of Injury, available from your employer. You should give notice of injury to the following person(s):

WHAT TODO WHEN INJURED AT WORK

- **MEDICAL TREATMENT.** Request authority (Form LS-1) from your employer for treatment by the physician you choose. You may not select a physician that is not authorized by the Office of Workers' Compensation Programs to provide medical care under the Act. Your employer has a list of physicians who are not authorized. In an emergency or if unable to contact your employer, go to the nearest hospital or physician, but be sure to let your employer know as soon as possible.
- **DISABILITY.** If you are disabled more than 3 days, contact your employer or the insurance company indicated below for payment of compensation, payable 14 days after your employer has knowledge of injury.
- **IMPORTANT!** The law requires you to give written notice of injury (Form LS-201) to your employer and to the Office of Workers' Compensation Programs within 30 days. Additional time may be allowed for certain hearing loss and occupational disease claims. The address of the Office of Workers' Compensation Programs District Office for this area is:

Insurance Carrier for This Employer	For Further Assistance and Information On request, the Office of Workers' Compensation Programs will explain benefits and proceedings under the above Act. In addition, the Office of Workers' Compensation Programs will inform employees receiving compensation about medical and vocational rehabilitation services, and will assist in obtaining such services.
Name Sentry Casualty Company	
Address 1800 North Point Drive	
Stevens Point, WI 54481-8045	
Telephone 1-800-473-6879	
Policy Number 9015977002	Expiration Date of Policy 01/01/2026

Authorized Signature for the Employer _____ Date Signed _____

This Notice must be posted and maintained in a conspicuous place in and about the place of business.
(33 U.S.C. 934)

Important Notice

Section 31 (a)(1) of the Longshore Act, 33 U.S.C. 931(a)(1) provides as follows: Any claimant or representative of a claimant who knowingly and willfully makes a false statement or representation for the purpose of obtaining a benefit or payment under this Act shall be guilty of a felony, and on conviction thereof shall be punished by a fine not to exceed \$10,000, by imprisonment not to exceed five years, or by both.

NOTICE

The Undersigned, an employer within the meaning of Workers' Compensation Law of the State of Wisconsin, hereby gives notice to our employees that we have secured the payment of Compensation to our employees and their dependents in accordance with the provisions of said law, by insuring with:

Sentry Casualty Company

Saint Louis University

Dated _____ By _____

