

Employees -- Know Your Rights!

- **Remember - It is important to report your injury to your employer.**

- **Medical Care**

You are entitled to reasonable and necessary medical care for work-related injuries or diseases. Employers or their insurance carriers are required by law to provide these services. During the first 28 days of treatment, your employer has the right to choose the physician. After 28 days you are free to change physicians, but you must notify your employer of the change. If you receive treatment from a physician of your choice, you shall obtain and promptly furnish a report to your employer.

If your employer refuses to provide medical care, you should contact Michigan's Workers' Disability Compensation Agency at its toll-free telephone number: **1-888-396-5041**.

You should not receive a bill from a health care provider for treatment of a covered work-related injury or illness. If you do receive such a bill, you should contact your employer or the employer's insurance carrier.

- **Wage Loss Benefits**

You are entitled to weekly workers' compensation benefits if you suffer a wage loss for more than seven consecutive days. These benefits may be claimed as long as a disability and wage loss continue. Generally, the benefit rate is 80% of your after-tax average weekly wage, subject to a maximum rate.

- **Vocational Rehabilitation**

If you are unable to perform the work that you have done previously, you are entitled to vocational rehabilitation. The number one goal is your return to work with your employer. If you cannot do this or require assistance in finding a new job, vocational rehabilitation services can help.

To be completed by the employer

**To Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373**

Leapin Lizard Labels LLC

Employer Name

Todd Bayt

970-484-0850

Employer Contact Person and Telephone Number

Zurich American Insurance Company

Workers' Compensation Insurance Carrier Name

If you have questions, please call the
State of Michigan Workers' Disability Compensation Agency
Toll-free 1-888-396-5041

Additional information is on the agency's website at <http://michigan.gov/wdca>.

EMPLOYER: PLEASE POST THIS NOTICE FOR YOUR EMPLOYEES TO SEE!

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 Zurich American Insurance Company
- The insurance policy number is WC 0673908-02
- Your employer's workers' compensation insurance policy is valid from 10/1/2023 until 10/1/2024

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 Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373

Provided by PostingNotice.com

AVISO DE COMPENSACIÓN LABORAL A EMPLEADORES Y EMPLEADOS LESIONADOS

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

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

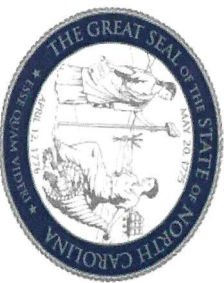
El Empleado deberá:

- Reportar inmediatamente su lesión o enfermedad ocupacional a su empleador.
- Notificar por escrito al empleador dentro de treinta (30) días que ocurre la lesión o enfermedad ocupacional.
- Hacer inmediatamente un reclamo a la Comisión Industrial usando la Forma 18, no más tarde de (2) años de ocurrir o desarrollar su lesión o enfermedad ocupacional.
- Si el tratamiento médico o el pago de compensación no es prontamente suministrado, llame a la compañía de seguros/administrador o requiera una audiencia ante la Comisión Industrial usando la Forma 33 Petición que la Demanda sea Asignada a una Audiencia. Las formas de la Comisión están disponibles en la página web www.ic.nc.gov o llamando a la Línea de Ayuda.
- La compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador es Zurich American Insurance Company
- El número de la póliza de seguro es WC 0673908-02
- La póliza de seguro de compensación para trabajadores de su empleador es válida desde 10/1/2023 hasta 10/1/2024.

Para asistencia: Llame a la Comisión Industrial LÍNEA DE AYUDA—(800) 688-8349.

El Empleador deberá:

- Proveer todos los servicios médicos necesarios al empleado.
- Reportar la lesión a la compañía de seguros/administrador y a la Comisión Industrial usando la Forma 19 Reporte de Accidente dentro de cinco (5) días, si su empleado falta más de un (1) día de trabajo o si los gastos de tratamientos médicos 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 compensación al empleado de acuerdo con el Acta de Compensación Laboral.



**NORTH CAROLINA
INDUSTRIAL COMMISSION**

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

To Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373

Provided by PostingNotice.com

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

TENNESSEE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE POSTING NOTICE

How to Report Work-Related Injuries

What should be done if injured at work?

Employee

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

To Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373

Employer

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

Todd Boyt President

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

Jeff Davis 970-484-0850

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

800-987-3373

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

PO BOX 49547, COLORADO SPRINGS, CO 80949-9537

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

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



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

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

(REV. 4/18)

 Authorization No. 337545
8075 Sawyer Brown Rd #743, Nashville, TN 37221-1525

RDA 10183

SEGURO DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES DE TENNESSEE

PUBLICACIÓN DE AVISO

Cómo informar de lesiones laborales

¿Qué se debe hacer en caso de lesión laboral?

Empleado

1. **Informe** inmediatamente de **la lesión** al representante del empleador indicado aquí abajo.
2. **Seleccione un médico tratante** del panel provisto por su empleador.
3. Si tiene alguna pregunta o problema, comuníquese con el representante de empleadores de la Oficina de Compensación a Trabajadores.

To Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373

Empleador

1. Complete el formulario interno de su empresa de "Lesión laboral" y **notifique a su aseguradora de compensación a trabajadores** inmediatamente, incluso aunque tenga dudas acerca de la validez de la reclamación.
2. **Ofrezca un panel de médicos** al empleado a través del Formulario C-42, disponible en el sitio web de la Agencia. *En casos de emergencia, llame a una ambulancia y proporcione este formulario en cuanto el empleado lesionado se haya estabilizado.*

Nombre en letra de molde y título del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

Nombre en letra de molde del representante del empleador alterno a ser notificado en caso de una lesión laboral

800-987-3373

Número de teléfono del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

PO BOX 49547, COLORADO SPRINGS, CO 80949-9537

Dirección del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

La Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee está disponible para ayudar a empleados y empleadores.



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

La ley de Compensación a Trabajadores exige que se publique este aviso en un lugar visible en el centro de trabajo en todo momento.

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Employer: Leapin Lizard Labels LLC

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: Zurich American Insurance Company

Policy Number: WC 0673908-02

Address for the above insurance company: 1299 ZURICH WAY, SCHAUMBURG, IL 60196-5870

Telephone number: 800-987-3373

☐ 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.

To Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373

AVISO DE COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

La Empresa: **Leapin Lizard Labels LLC**

Ha cumplido con las disposiciones de la Ley de Compensación para los Trabajadores (§34A-2-101, Código de Utah Anotado), la Ley de Enfermedades Ocupacionales de Utah (§34A-3-101, Código de Utah Anotado), y las reglas de la Comisión Laboral por asegurando la obligación de pagar compensación y otros beneficios previstos por las Leyes y teniendo cobertura con:

Compañía de Seguros: **Zurich American Insurance Company**

Numero de Póliza: **WC 0673908-02**

Dirección de la compañía de seguros: **1299 ZURICH WAY, SCHAUMBURG, IL 60196-5870**

Numero de teléfono: **800-987-3373**

☐ Marque aquí si la División de Accidentes Industriales ha autorizado al empleador a tener el auto-seguro y pagar los beneficios de compensación directamente al trabajador.

COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

Compensación para los trabajadores es un seguro que paga los gastos médicos y ayuda a compensar los salarios perdidos de los empleados con lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Si usted tiene una lesión en el trabajo o una enfermedad ocupacional, puede pagar: facturas hospitalarias y médicas, pérdida de tiempo del trabajo, pérdida permanente de la función corporal, dispositivos protésicos y servicios funerarios y beneficios para dependientes en caso de muerte.

COMO REPORTAR UN ACCIDENTE

1. Informe inmediatamente a su supervisor de la lesión. Usted puede perder sus derechos si no reporte su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo dentro de 180 días.
2. Pregunte a su empleador dónde debe ir para recibir tratamiento. Si su empleador tiene un clínico designado, vaya allí de inmediato para recibir tratamiento. Si no tiene un clínico designado, vaya a un médico de su elección.
3. Informe al doctor **CÓMO, CUÁNDO y DÓNDE** ocurrió el accidente. El médico llenará el formulario de informe inicial del médico. Usted debe recibir una copia del informe y copias se envían a la compañía de seguros y a la Comisión Laboral dentro de siete (7) días de su visita al médico.
4. Su empleador llenará el formulario de informe inicial del empleador. Usted debe recibir una copia del informe y una copia se envía a la compañía de seguros dentro de siete (7) días. La compañía de seguros es responsable a reportar a la Comisión Laboral.

COMO EMPEZAR COMPENSACIÓN

1. Pregunte a su empleador qué compañía de seguros pagará los beneficios de compensación para los trabajadores.
2. Pídale a su empleador que reporte el accidente a la compañía de seguros y que le dé el número de reclamo.
3. Llame a la compañía de seguros y pídeles que inicien sus beneficios de compensación para trabajadores. La compañía de seguros requerirá el informe del empleador, el informe del médico, y puede pedirle a usted que llene una solicitud de compensación. Cooperar con la investigación del ajustador sobre la lesión.
4. Pídale a su médico que envíe informes médicos a la compañía de seguros, incluyendo la declaración de estado de trabajo.

REHABILITACIÓN

Si no puede regresar al trabajo, puede ser elegible para un programa de rehabilitación. Póngase en contacto con la compañía de seguros mencionada anteriormente o con la Oficina de Rehabilitación del Estado de Utah.

DECLARACIÓN DE FRAUDE: "Cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta de suscripción de seguros, archivos o causas para presentar una reclamo falso o fraudulento por compensación de incapacidad o beneficios médicos, o presente un informe o facturación falsa o fraudulenta por gastos médicos u otros servicios profesionales es culpable de un crimen y pueden ser sujetos a multas y confinamiento en una prisión estatal."



To Report A Claim Contact:
ZURICH CLAIMS SERVICES
Telephone: 800-987-3373

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

Si desea una copia del folleto de *la Guía Sobre el Seguro de Compensación Para los Trabajadores* o tiene preguntas, comuníquese con la Comisión Laboral o visite la página web en www.laborcommission.utah.gov.

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