



*America's small business insurance specialist®*

## Basic Accident Report

Date of Report: \_\_\_\_\_ Report Completed By: \_\_\_\_\_

Last Name of Injured Person:	First Name:	Job Title:
Date of Accident:	Time of Accident:	Location of Accident:
Supervisor's Name & Job Title:		Name of Witnesses:
Full Description of Injuries:		
Description of accident/incident or employee's account, including sequence of events preceding the accident:		
Basic cause and contributory causes. Explain fully unsafe act, unsafe condition, personal factor, other:		
Recommended Corrective Measures:		Action By:
Names of Inspection Team Participants:		
Management Review By:	Date to be Completed By:	

EMPLOYERS® and *America's small business insurance specialist®* are registered trademarks of Employers Insurance Company of Nevada. Insurance is offered through Employers Compensation Insurance Company, Employers Insurance Company of Nevada, Employers Preferred Insurance Company, and Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (in California, dba EIG Insurance Services) is an affiliated agency and adjuster. Not all insurers do business in all jurisdictions.



America's small business insurance specialist®

## Informe Básico de Accidentes

Fecha Del Informe: \_\_\_\_\_ Informe Completado Por: \_\_\_\_\_

Apellido De La Persona Lesionada:	Primer Nombre:	Puesto De Trabajo:
Fecha Del Accidente:	Hora Del Accidente:	Lugar Del Accidente:
Nombre Del Supervisor Y Cargo:		Nombre De Los Testigos:
Descripción Completa De Las Lesiones:		
Descripción del accidente / incidente o versión del empleado, incluyendo la secuencia de eventos que preceden al accidente:		
Causas básicas y causas contributivas. Explique el tipo de situación ya sea si fue una situación insegura, condición insegura, factor personal, otros:		
Medidas Correctivas Recomendadas:		Acciones Tomadas Por:
Nombres De Los Participantes Del Equipo De Inspección:		
Revisión Por Parte De La Gerencia:	Fecha Límite De Entrega:	

EMPLOYERS® y America's small business insurance specialist® son marcas registradas de Employers Insurance Company of Nevada. El seguro se ofrece a través de la Compañía de Seguros de Compensación del Empleador, la Compañía de Seguros del Empleador de Nevada, la Compañía de Seguros Preferida del Empleador y la Compañía de Seguros del Empleador. EIG Services, Inc. (en California, dba EIG Insurance Services) es una agencia afiliada y de peritaje. No todas las aseguradoras realizan actividades comerciales en todas las jurisdicciones.

# One good reason to think twice about workers' compensation fraud



EMPLOYERS® actively investigates suspected workers' compensation fraud and reports such cases to law enforcement authorities.

## fraud costs

Workers' compensation fraud costs \$7.2 billion annually.<sup>1</sup>

Filing a fraudulent workers' compensation claim could lead to serious civil or criminal consequences, such as fines, incarceration and/or restitution.

**If you suspect workers' compensation fraud, please contact EMPLOYERS' Fraud Investigations Department. Call the Fraud Hotline at 1-800-750-3939 or e-mail [fraudfighters@employers.com](mailto:fraudfighters@employers.com).**

## **EMPLOYERS**®

*America's small business insurance specialist®*

Copyright © 2015 EMPLOYERS. All rights reserved. Insurance is offered through Employers Compensation Insurance Company, Employers Insurance Company of Nevada, Employers Preferred Insurance Company, and Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (in California, dba EIG Insurance Services) is an affiliated agency and adjuster. Not all insurers do business in all jurisdictions.<sup>1</sup> Source: <http://www.propertycasualty360.com/2015/07/23/3-keys-to-a-successful-workers-compensation-fraud>

# *Una buena razón para pensarlo dos veces antes de cometer fraude en una demanda de indemnización laboral*



EMPLOYERS® investiga de manera activa casos sospechosos de cometer fraude en una demanda de indemnización laboral y reporta dichos casos a las autoridades policiales.

## **costos del fraude**

Fraude en demandas de indemnización laboral cuesta \$7.2 mil millones al año.<sup>1</sup>

Presentar una demanda de indemnización laboral fraudulenta puede acarrear graves consecuencias civiles o penales, tales como multas, cárcel y/o indemnizaciones.

**Si sospecha que existe fraude en una demanda de indemnización laboral, póngase en contacto con el Departamento de Investigación de Fraude de EMPLOYERS. Llame a la línea directa de fraude al 1-800-750-3939 o escriba al correo electrónico [fraudfighters@employers.com](mailto:fraudfighters@employers.com).**

## **EMPLOYERS**®

*America's small business insurance specialist*®

Copyright © 2015 EMPLOYERS. Todos los derechos reservados. El seguro se ofrece a través de las siguientes empresas: Employers Compensation Insurance Company, Employers Insurance Company of Nevada, Employers Preferred Insurance Company y Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (en California, dba EIG Insurance Services) es una agencia afiliada y ajustadora. No todas las aseguradoras operan en todas las jurisdicciones.

1 Fuente: <http://www.propertycasualty360.com/2015/07/23/3-keys-to-a-successful-workers-compensation-fraud>

# NOTICE OF EMPLOYEE'S RIGHT TO CHOOSE A DOCTOR

**NOTICE TO EMPLOYER:** Give this form to the injured worker as soon as possible **AFTER** each injury.

## EMPLOYEE MAY CHOOSE

When you are injured at work, you may have the right to choose a doctor to treat you.

If your employer gives you notice of this right following the accident, your choice of doctor is limited to a doctor who has treated you or an immediate family member before the injury.

- You must choose as soon as possible after your employer gives you this notice.
- If you have such a doctor and want that doctor to treat you for your work injury, you must tell your employer the name of the doctor.
- You can use the *Choice of Doctor Designation Form* below to record the name of the doctor you choose.
- Immediate family members are your spouse, children, parents, stepchildren, and stepparents.
- If your employer asks, you or your family member must give your employer written permission to verify prior treatment.

If it is an emergency, get the treatment you need, then tell your employer the name of your doctor.

You may choose any doctor to perform major surgery or an amputation, if that treatment is recommended.

Once you choose your doctor, you may not change doctors unless your employer agrees or the Nebraska Workers' Compensation Court orders a change. A referral made by the chosen doctor is not a change.

If your claim is denied, you may choose any doctor. You will be responsible for the medical bills unless your employer is later found liable for the claim.

If you choose a doctor outside the community where you live or work, and a doctor is available in a closer community, you will not receive mileage reimbursement.

## EMPLOYER MAY CHOOSE

If you were notified, but do not choose a doctor who treated you or a family member before the accident, **YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.**

If you were notified, but you or your family member do not give permission for your employer to verify prior treatment with the doctor you choose, **YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.**

### EMPLOYEE CONFIRMATION OF NOTICE

My employer has informed me of the right to choose a doctor.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE NAME]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE OF NOTICE]

### EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

I have informed my employee of the right to choose a doctor.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYER REPRESENTATIVE NAME]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYER REPRESENTATIVE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE OF NOTICE]

## CHOICE OF DOCTOR DESIGNATION FORM

I choose the following doctor to treat me for the work-related injury I had on \_\_\_\_\_. I certify that this doctor has treated me or an immediate family member before the work-related injury.  
[DATE OF INJURY]

\_\_\_\_\_  
[DOCTOR NAME]

\_\_\_\_\_  
[DOCTOR ADDRESS, IF KNOWN]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE]

**OR** (Indicate your reason(s) for not choosing a doctor)

- ☐ I do not have a doctor who has treated me or an immediate family member before this injury.
- ☐ I have received notice of my right to choose a doctor, but I do not wish to choose a doctor who has treated me or an immediate family member.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE]

# NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DEL EMPLEADO A ELEGIR UN MÉDICO

**NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR:** Entréguele este formulario al trabajador lesionado tan pronto como sea posible **DESPUÉS** de cada lesión.

## EL EMPLEADO PUEDE ELEGIR

Cuando Ud. sufra una lesión laboral, puede que tenga el derecho a elegir el médico que lo trate.

Si su empleador le notifica de este derecho después del accidente, la elección que tiene Ud. está limitada a un médico que ha tratado o bien a Ud. o a un familiar cercano antes de la lesión.

- Ud. debe de hacer su elección tan pronto como sea posible después de que su empleador le dé esta notificación.
- Si Ud. tiene tal médico y quiere que ese médico le trate su lesión laboral, debe de decirle al empleador el nombre del médico.
- Ud. puede utilizar el *Formulario de Nombramiento de Médico Elegido* a continuación para registrar el médico que Ud. elige.
- Los familiares cercanos incluyen su esposo/a, hijos, padres, hijastros y padrastros.
- Si su empleador se lo pide, Ud. o su familiar debe de entregarle permiso escrito para verificar tratamiento previo.

Si es una emergencia, reciba el tratamiento que necesite, y luego dígale a su empleador el nombre de su médico.

Ud. puede elegir cualquier médico para operarle en una cirugía mayor o amputación si ese tratamiento está recomendado.

Una vez elegido el médico, no se le permite cambiar de médicos a no ser que su empleador esté de acuerdo o si el Tribunal de Compensación de Trabajadores ordene tal cambio. No constituye un cambio de médicos si el médico elegido le deriva a Ud. a otro médico.

Si se le niega el reclamo, Ud. puede elegir cualquier médico. Ud. será responsable por los gastos médicos a no ser que se le responsabilice a su empleador por el reclamo en un momento futuro.

Si Ud. elige un médico fuera de la comunidad en la que vive o trabaja y se encuentra disponible un médico en una comunidad más cercana, Ud. no recibirá reembolso por millaje.

## EL EMPLEADOR PUEDE ELEGIR

Si Ud. fue notificado pero no elige un médico que ha tratado a Ud. o a un familiar antes del accidente, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

Si Ud. fue notificado pero Ud. o su familiar no le da permiso al empleador para que verifiquen tratamiento previo con el médico que Ud. elige, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

### CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

Mi empleador me ha notificado del derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

### EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

Yo le he informado a mi empleado de su derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

## FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE MÉDICO ELEGIDO

Yo elijo que el siguiente médico me trate por la lesión laboral que sufrí el \_\_\_\_\_. Doy fe de que este médico ha tratado o bien a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión laboral.

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE LESIÓN]

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL MÉDICO]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[DIRECCIÓN DEL MÉDICO, SI SE SABE]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]

O (Marque la(s) razón(es) por no elegir un médico)

- ☐ No hay médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión.
- ☐ He recibido notificación de mi derecho a elegir un médico pero no deseo elegir un médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano.

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]



PO Box 152539  
Tampa, FL 33684-2539

**EMPLOYERS®**

America's small business insurance specialist®

## MAKING IT EASY TO GET WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS FILLED

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

### Injured person:



If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. The pharmacy will fill the prescription at no cost to you.



If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a permanent pharmacy card in the mail. Please use that card for other work-related injury or illness prescriptions.



### Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information below and give this form to the employee.





### Finding a network pharmacy

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call 1-866-599-5426 or visit [tmesys.com](http://tmesys.com).



### Questions? Need Help?

**1-866-599-5426**

  
America's small business insurance specialist®

**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

CARRIER/TPA

EMPLOYER

INJURED PERSON NAME

Please provide directly to Pharmacist

SOCIAL SECURITY NUMBER

DATE OF INJURY (YYMMDD)

**Notice to Cardholder:** Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: [tmesys.com](http://tmesys.com).

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy Help Desk**  
**1-800-964-2531**

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	EMPLFF		

**NOTE:** This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury or illness.



PO Box 152539  
Tampa, FL 33684-2539

**EMPLOYERS®**

America's small business insurance specialist®

## HACEMOS MÁS SENCILLO QUE SE LE ABASTEZCA LAS RECETAS DE SU PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

### Persona lesionada:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.



### Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información que aparece a continuación y entregue este formulario al empleado.



### Cómo encontrar una farmacia de la red

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para ubicar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite [tmesys.com](http://tmesys.com).



**¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda?**

**1-866-599-5426**

  
America's small business insurance specialist®

**WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM**

PORTADORA

EMPLEADOR

NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA

Please provide directly to Pharmacist

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE LA LESION (AAMMDD)

**Aviso para el titular de la tarjeta:** Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite [tmesys.com](http://tmesys.com).

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy Help Desk**  
**1-800-964-2531**

	<u>NDC</u>		<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	EMPLFF		

**NOTA:** Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.



PO Box 32036, Lakeland, FL 33802

### EMPLOYERS WAGE REPORT

It is necessary for us to determine the average weekly earnings of your employee named below who was injured in an accident while in your employment. Please complete and return the wage report below, which is required by the worker' compensation law. You may provide a computer print out instead of this form.

Please fill in all wages paid to the employee during the 26 weeks before the accident, showing the number of days on which any work was done during each week, including part-time days.

Week No.	Period End Date	Total Hours	Number of days worked	Gross Pay	Overtime Paid
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
Totals					

Claim:  
Name:

What number of hours was a normal full work day? \_\_\_\_\_



PO Box 32036, Lakeland, FL 33802

What number of days was a normal full work week? \_\_\_\_\_

If overtime was paid, what is the straight rate? What is the overtime rate? \_\_\_\_\_

Did the employee receive any premium, bonus, board or lodging from you in addition to the wages listed above?

\_\_\_\_\_

If yes, please explain amounts and basis. (ie merit based, profit sharing, etc...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If the employee did not work full hours in the 26 weeks before the accident, please explain why hours/weeks vary?  
Was work available?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

*America's small business insurance specialist<sup>®</sup>*

EMPLOYERS<sup>®</sup> and *America's small business insurance specialist<sup>®</sup>* are registered trademarks of Employers Insurance Company of Nevada. Insurance is offered through Employers Compensation Insurance Company, Employers Preferred Insurance Company, and Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (in California, dba EIG Insurance Services) is an affiliated agency and adjuster. Not all insurers do business in all jurisdictions.