

Workers' Comp Works For You

Workers' compensation pays for all authorized medically necessary care and treatment related to your injury or illness.

If you are unable to work or your earnings are lower because of a work related injury or illness, and you have been disabled for more than seven calendar days, you may be eligible for some wage replacement benefits.

If you are injured on the job:

1. Notify your employer immediately to get the name of an approved physician. Workers' comp insurance may not pay the medical bills if you don't report your injury promptly to your employer.

2. Notify the doctor and medical staff that you were injured on the job so that bills may be properly filed.

3. If you have any problems with your claim or suffer excessive delays in treatment, contact the State of Florida's Division of Workers' Compensation at 1-800-342-1741.

\$25,000 Reward ANTI-FRAUD REWARD PROGRAM

Rewards of up to \$25,000 may be paid to persons providing information to the Department of Financial Services leading to the arrest and conviction of persons committing insurance fraud, including employers who illegally fail to obtain workers' compensation coverage. Persons may report suspected fraud to the department at **1-800-378-0445** or online at **<https://first.fldfs.com>**
A person is not subject to civil liability for furnishing such information, if such person acts without malice, fraud or bad faith.

This notice of compliance must be posted by the employer and maintained conspicuously in and about the employer's place of employment.
State of Florida
Division of Workers' Compensation

Compensación por accidentes de trabajo labora para usted:

Compensación por accidentes de trabajo paga por todos los gastos médicos y tratamiento autorizados que se relacionen con su lesión o enfermedad y sean médicamente necesarios.

Si usted no puede trabajar o su ingreso es reducido debido a una lesión u enfermedad relacionada con su trabajo, y ha estado incapacitado por más de siete días, puede que sea elegible para recibir compensación por una porción de su sueldo.

Recompensa de \$25,000.00

PROGRAMA DE RECOMPENSACIÓN ANTI FRAUDE

Recompensas de hasta **\$25,000.00** pueden ser pagadas a personas que proveen información al Departamento de Servicios Financieros que conduzca al arresto y convicción de aquellos que cometen fraude de seguros, incluyendo empleadores que ilegalmente dejan de obtener un seguro por accidentes de trabajo. Se puede reportar sospechas de fraude al Departamento llamando al **1-800-378-0445** o por correo electrónico al

<https://first.fldfs.com>

Nadie es sujeto a responsabilidad civil por someter dicha información si se actúa sin malicia, fraude o mala fe.

Esta notificación debe ser colocada y mantenida a la vista por el empleador en y alrededor del lugar, o lugares de empleo, Estado de la Florida, División de Compensación por Accidentes de Trabajo

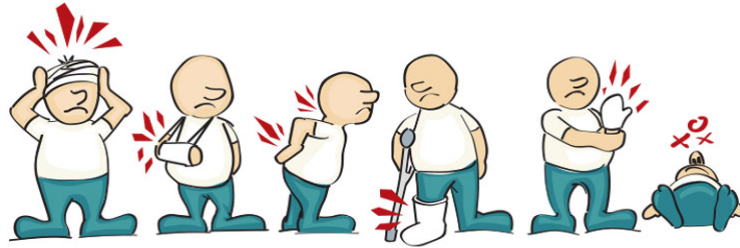
Si usted se lastima en su lugar de empleo:

1 ■ Notifique a su empleador inmediatamente para obtener el nombre de un medico autorizado. Puede que el seguro de compensación por accidentes de trabajo no pague sus cuentas médicas si usted no reporta su accidente lo mas antes posible a su empleador.

2 ■ Notifique al medico y a su personal que usted se lastimó en su lugar de empleo para que las cuentas medicas sean debidamente remitidas.

3 ■ Si usted tiene algún problema con su reclamo o si tiene demasiadas demoras en su tratamiento, comuníquese con la División de Compensación por Accidentes de Trabajo al 1-800-342-1741

**No matter how large or how small,
You must remember to report them all.**



Report ALL work-related incidents IMMEDIATELY to your supervisor.

Report every injury that occurs, even if you don't need medical attention.

Any unsafe work conditions should also be reported to your supervisor so that they may be corrected.

How to report a work-related injury



Online • www.normandyins.com



App • www.normandyins.com/claim-app



Search: Normandy - Claims Reporting



Email • compcare@normandyins.com



Call • 833-968-7642 (833-YOURNIC)



Fax • 833-770-1220

You do not need to wait until the incident report form is completed. Simply report the injury to Normandy Insurance right away with whatever information you have.

Questions?
Call 866-688-6442
Visit us at www.normandyins.com



\$25,000



Anti-Fraud Reward Program

Rewards of up to \$25,000 may be paid to persons providing information to the Dept of Financial Services leading to the arrest and conviction of persons committing insurance fraud, including employers who illegally fail to obtain workers' compensation coverage. Persons may report suspected fraud to the Department at 1-800-378-0445.

A person is not subject to civil liability for furnishing such information, if such person acts without malice, fraud or bad faith.

\$25,000



Programa de Recompensa en contra del Fraude

Recompensas de hasta \$25,000 podrían ser pagadas a las personas que ofrezcan información al Departamento de Servicios Financieros que resulte en el arresto o condena de individuos que estén cometiendo fraude de seguro, incluyendo a empleadores que no obtienen cobertura de indemnización para sus trabajadores. Si sospecha que se está cometiendo fraude puede denunciarlo llamando al 1-800-378-0445.

Una persona no está sujeta a la ley de responsabilidad civil por brindar dicha información, si es que esa persona actúa sin maldad, fraude o mala fe.



REPORTING A CLAIM

- Once an employee reports an injury, provide the employee instructions on how to obtain medical care
 - **In an emergency, dial 911** or get the employee to the closest hospital, emergency room or medical facility. In a non-emergency situation, the employee should be directed to an urgent care or walk-in clinic you have selected
 - Contact the medical provider/facility to let them know that an employee is being sent over for treatment and that a drug test should be completed on the injured employee
- To report a claim, **notify Normandy Insurance IMMEDIATELY (within 24 hours) via:**
 - Phone at **833-968-7642 (833-YOURNIC)** (this is the preferred method of reporting a claim), or
 - Email the completed First Notice of Injury form (DWC-1) to compcare@normandyins.com, or
 - Online at www.normandyins.com, or
 - Fax the completed First Notice of Injury form (DWC-1) to 833-770-1220
 - Immediate notification of a claim may help reduce the cost of the claim
 - Your company could be fined by the state for failure to report a claim to your insurance carrier
- If there is a job-related death or hospitalization of 1 or more employees you must notify OSHA **within 8 hours**, and each work-related inpatient hospitalization, as well as amputations and losses of an eye must be reported to OSHA **within 24 hours**. The reporting regulations affect all employers covered by OSHA, even those who are partially exempt from maintaining injury and illness records
 - The Occupational Safety and Health Administration (OSHA) in your state by telephone to the OSHA toll-free central telephone number, 1-800-321-OSHA (1-800-321-6742). Or by electronic submission using the reporting application located on OSHA's public Web site at www.osha.gov.
- Have the injured employee and supervisor and/or witnesses complete an Accident Investigation Report form
 - **NOTE: If you do not agree with the description of the accident or believe that an accident did not occur, you are still required to report the incident to Normandy. It is imperative that a claim be reported, even if it is questionable.**
- Maintain continuous contact with the injured employee to let them know that you are concerned about their well-being and that work is available. If an employee is released by their treating physician to return to work in an alternate duty capacity, you should attempt to make the necessary accommodations to bring the injured employee back into the workplace
- You can expect to hear from your adjuster within 24 hours of reporting a claim and also throughout the duration of the claim, but it is important that you also keep in touch with your adjuster.
- Provide your adjuster with any pertinent information that you may have with regard to your claims
- If an employee needs further medical treatment for the same injury or is having problems with claims payments, instruct them to contact their adjuster at 866-688-6442.
- Please visit www.normandyins.com for more information.



Claim Reporting Instructions

To Report A Claim:

Phone: 833-968-7642 (833-YOURNIC)

Online: www.normandyins.com

Email: compcare@normandyins.com

Fax: 833-770-1220

PHONE REPORTING:

If reporting by **PHONE**, the operator that answers the phone will ask question in regards to the accident. S/he will also obtain some personal information about the injured worker that is required in order to file a workers' compensation claim.

If necessary that operator will either connect the caller with the adjuster in order to obtain physician information in regards to where to treat. If the call is placed after hours that operator will provide the physician information.

FAX OR EMAIL REPORTING:

If reporting by **FAX** or **EMAIL**, claims should be reported on the **State Form DWC-1, First Report of Injury or Illness**. The following information is required for claim entry:

- Full name, address, telephone number of injured employee
- Occupation, date of birth, sex of injured employee
- The injured employee's Social Security number
- Date and time of accident
- Employee's description of accident
- Injury/illness that occurred, part of body injured
- Company name, phone, address; and policy number, if known
- Employer's location address is different from above
- Did the employee return to work? If so, note the date.
- Do you (the employer) agree with the accident?
- Name of physician or hospital where employee was sent by you for treatment
- Place/address accident occurred*
- Employee date of hire*

**Not required, but preferred*

A PDF version of the DWC-1 form that can be completed electronically is available for your convenience if you choose to report a claim via email or fax. Please contact your adjuster at **866-688-6442** to get a copy of this form.



First Fill Form

Client Name: Normandy Insurance

1. Instructions for the **EMPLOYER**:

- Provide this form to your injured worker to have any prescription filled for up to **7 Days**, and please fill out the information below:

Injured Worker Name:

SS#:

Injured Worker DOB:

Injured Worker Phone:

Injured Worker Employer:

Date of Injury:

Injured Worker Address:

City:

State:

Zip:

2. Instructions for the **INJURED WORKER** / Instrucciones para el **TRABAJADOR LESIONADO**:

- **You, the injured worker, will need to bring this form and provide it to the pharmacy along with your prescriptions related to the treatment of your work related injury/illness**
- **Usted, el trabajador lesionado, deberá llevar este formulario y entregarlo en la farmacia junto con sus recetas relacionadas con el tratamiento de su lesión/enfermedad laboral.**

3. Instructions for the **PHARMACY**:

- Please submit workers' compensation claims to **S1 Medical** using the following information:

BIN	PCN	Group Id	Member Id
610237	123119	NOR001	Injured Worker SS#

- Prescription(s) will fill for up to **7 Days**. If there is a remaining balance on the script after it is filled, S1 Medical will call back if and when the balance has been approved. If you need assistance, please call **S1 Medical** at (888) 356-3332.

Representative's on-call 24 hours/7 days a week.

FOR ALL REJECTIONS OR QUESTIONS CALL: (888) 356-3332



COMO REPORTAR UNA RECLAMACIÓN

- Una vez que un empleado reporta una lesión o una enfermedad, dele instrucciones sobre cómo obtener atención médica.
 - **En caso de emergencia, marque el 911** o lleve al empleado al hospital, sala de emergencias o centro médico más cercano
En una situación que no sea de emergencia, el empleado debe ser dirigido a una clínica de atención urgente (urgente care) o ambulatoria (walk-in) que usted haya seleccionado.
 - Contacte al proveedor/centro médico para informarles que se va a enviar a un empleado para que reciba tratamiento y que se debe realizar una prueba de drogas al empleado lesionado
- Para informar de un accidente, **notifique a Normandy Insurance INMEDIATAMENTE (en un plazo de 24 horas) a través de:**
 - Por teléfono, llamando **al 833-968-7462 (833-YOURNIC)** (este es el método preferido para notificar un accidente), o
 - Envíe por correo electrónico el Formulario de Primera Notificación de Lesión diligenciado a **compcare@normandyins.com** , o
 - En línea en **www.normandyins.com**,o
 - Envíe por fax el Formulario de Primera Notificación de Lesión (DWC-1) diligenciado al 833-770-1220
 - La notificación inmediata de un accidente puede ayudar a reducir el costo del mismo
 - Su empresa podría ser multada por el Estado por no comunicar un accidente a su aseguradora
- Si se produce una muerte u hospitalización relacionada con el trabajo de uno o más empleados, debe notificar a la OSHA **en un plazo de 8 horas**, y cada hospitalización relacionada con el trabajo, así como las amputaciones y pérdidas de un ojo deben notificarse a la OSHA **en un plazo de 24 horas**. La normativa de notificación afecta a todos los empleadores cubiertos por la OSHA, incluso a los que están parcialmente exentos de mantener registros de lesiones y enfermedades
 - La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) de su estado llamando al número de teléfono central gratuito de la OSHA, 1-800-321-OSHA (1-800-321-6742). O bien mediante el envío electrónico a través de la aplicación de notificación que se encuentra en el sitio web público de la OSHA en **www.osha.gov**.
- Hacer que el empleado lesionado y el supervisor y/o los testigos completen un formulario de Informe de Investigación de Accidentes
 - **NOTA: Si no está de acuerdo con la descripción del accidente o cree que no se ha producido un accidente, usted sigue estando obligado a informar del incidente a Normandy. Es imperativo que se reporte un accidente, aunque éste sea dudoso.**
- Mantenga un contacto continuo con el empleado lesionado para hacerle saber que se preocupa por su bienestar y que el trabajo está disponible. Si el médico tratante autoriza a un empleado a volver al trabajo en una capacidad de trabajo alternativo, usted debe intentar hacer los ajustes necesarios para que el empleado lesionado vuelva a su lugar de trabajo.



- Usted puede esperar tener noticias de parte de su ajustador dentro de las 24 horas de haber reportado un accidente y también durante la duración de la reclamación, pero es importante que usted también se mantenga en contacto con su ajustador.
- Proporcione a su ajustador cualquier información pertinente que pueda tener con respecto a sus reclamaciones
- Si un empleado necesita más tratamiento médico por la misma lesión o tiene problemas con los pagos de las reclamaciones, indíquele que se ponga en contacto con su ajustador en el 866-688-6442.
- Para más información, por favor visite **www.normandyins.com** .



Instrucciones para reporte de reclamaciones

Para Reportar un Accidente:

Teléfono: 833-968-7462 (833-YOURNIC)

En línea: www.normandyins.com

Email: compcare@normandyins.com

Fax: 833-770-1220

REPORTAR POR VÍA TELEFÓNICA:

Si se reporta por vía **TELEFÓNICA**, la operadora que contesta el teléfono hará preguntas en relación con el accidente. También obtendrá algunos datos personales del trabajador lesionado que son necesarios para presentar una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.

Si es necesario, ese operador pondrá en contacto a la persona que llama con el ajustador para obtener información respecto del médico y lugar de tratamiento. Si la llamada se realiza fuera del horario de atención al público, el operador proporcionará la información del médico.

REPORTE POR FAX O CORREO ELECTRÓNICO:

Si se reporta por **FAX** o **EMAIL**, los accidentes deben notificarse en el **formulario estatal DWC-1, First Report of Injury or Illness** form. La siguiente información es necesaria para presentar la reclamación:

- Nombre completo, dirección y número de teléfono del trabajador lesionado
- Ocupación, fecha de nacimiento, sexo del empleado lesionado
- Número de Seguridad Social del trabajador lesionado
- Fecha y hora del accidente
- Descripción del accidente por parte del empleado
- Lesión/enfermedad ocurrida, parte del cuerpo lesionada
- Nombre de la empresa, teléfono, dirección y número de póliza, si se conoce
- La dirección del empleador es diferente a la anterior
- ¿El empleado volvió a trabajar? Si es así, anote la fecha.
- ¿Está usted (el empleador) de acuerdo con el accidente?
- Nombre del médico u hospital al que fue enviado el empleado para su tratamiento
- Lugar/dirección donde ocurrió el accidente*
- Fecha de contratación del empleado*

**No es necesario, pero sí preferible*

Para su comodidad, existe una versión en PDF del formulario DWC-1 que puede diligenciar electrónicamente si decide reportar un accidente por correo electrónico o fax. Por favor, póngase en contacto con su ajustador en el **866-688-6442** para obtener una copia de este formulario.



First Fill Form

Client Name: Normandy Insurance

1. Instructions for the **EMPLOYER**:

- Provide this form to your injured worker to have any prescription filled for up to **7 Days**, and please fill out the information below:

Injured Worker Name:

SS#:

Injured Worker DOB:

Injured Worker Phone:

Injured Worker Employer:

Date of Injury:

Injured Worker Address:

City:

State:

Zip:

2. Instructions for the **INJURED WORKER** / Instrucciones para el **TRABAJADOR LESIONADO**:

- **You, the injured worker, will need to bring this form and provide it to the pharmacy along with your prescriptions related to the treatment of your work related injury/illness**
- **Usted, el trabajador lesionado, deberá llevar este formulario y entregarlo en la farmacia junto con sus recetas relacionadas con el tratamiento de su lesión/enfermedad laboral.**

3. Instructions for the **PHARMACY**:

- Please submit workers' compensation claims to **S1 Medical** using the following information:

BIN	PCN	Group Id	Member Id
610237	123119	NOR001	Injured Worker SS#

- Prescription(s) will fill for up to **7 Days**. If there is a remaining balance on the script after it is filled, S1 Medical will call back if and when the balance has been approved. If you need assistance, please call **S1 Medical** at (888) 356-3332.

Representative's on-call 24 hours/7 days a week.

FOR ALL REJECTIONS OR QUESTIONS CALL: (888) 356-3332

Certificado de elección para exenciones

Industrias dedicadas a la construcción

Empleadores en las industrias de la construcción con un (1) empleado o más a jornada completa o jornada parcial, incluyendo el dueño, debe obtener la cobertura de seguro por accidentes de trabajo.

Oficiales o miembros de una sociedad de responsabilidad limitada (LLC) de una corporación en la industria de la construcción pueden elegir ser exentos si:

- Poseen un mínimo de diez por ciento (10%) de titularidad de acciones de la corporación o en el caso de un LLC hay una declaración que da testimonio a la propiedad del 10 por ciento mínima.
- El oficial de la compañía aparece como oficial de la corporación en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.
- La corporación aparece activa en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.

Solamente tres oficiales de una corporación o sociedades de responsabilidad limitada pueden elegir ser exentos. Se requiere pagar \$50 por cada aplicación presentada para obtener una exención. Exenciones en las industrias que participan en la construcción son válidas por dos años o hasta que se registre una revocación voluntaria o si la exención es revocada por la división.

Para conseguir copias de la notificación de elección para ser exento [en inglés Notice of Election to Be Exempt] llame al (850) 413-1609 o vaya a nuestro sitio Web en <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/PublicationsFormsManualsReports/Forms/Default.htm>, y haga clic en la regla 69L-6 y número del formulario DWC-250 Elección de ser exento.

Lo que su empleado puede esperar de parte de la compañía de seguros:

- Provisión oportuna de tratamiento médico
- Provisión oportuna de beneficios de reemplazo de salario
- Pago oportuno de cuentas médicas
- Notificación oportuna de su reclamación a la División de Compensación por Accidentes de Trabajo
- Notificación oportuna de cualquier cambio del estado de su reclamación. Esta información se le será proveída por correo en un formulario titulado "Notice of Action/Change (DWC4) [Notificación de Acción o Cambio (DWC4)] o "Notice of Denial (DWC12) [Notificación de Negación (DWC12)]"

Industrias que no se dedican a la construcción

Un empleador que no participa en la industria de construcción y tiene cuatro (4) empleados o más de jornada completa o jornada parcial tiene que obtener la cobertura de seguros por accidentes de trabajo.

Propietarios únicos y socios en industrias que no participan en la construcción están automáticamente exentos de la ley, pero pueden elegir ser cubierto.

Oficiales de una corporación que no se dedica a la construcción puede elegir ser exentos si:

- El oficial esta listado como oficial de la corporación en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.
- La corporación esta listada activa en el registro del Departamento del Estado de la Florida, División de Corporaciones.

No hay límite de oficiales que pueden ser elegibles para ser exentos y no le cobrarán por llenar la aplicación para la exención. Exenciones en las industrias que no se dedican a la construcción son válidas por dos años o hasta que se registre una revocación voluntaria o si la exención es revocada por la división.

¿Tiene preguntas sobre el seguro por accidentes de trabajo?

Por favor, visite nuestra página Web en www.MyFloridaCFO.com/Division/WC donde usted encontrará información extensa tal como publicaciones, un número de bases de datos, reglas, y formas que le dará un mejor entendimiento del seguro para accidentes de trabajo.

Oficina de Ayuda al Trabajador (Oficina de asistencia para el trabajador) 1-800-342-1741

Empleados lesionados pueden hacer preguntas por correo electrónico wceao@myfloridaCFO.com

Servicio al cliente (850) 413-1601

Empleadores pueden hacer preguntas por correo electrónico WorkCompCustServ@MyFloridaCFO.com

Preguntas sobre el programa contra el fraude
1-800-378-0445

Preguntas hechas con frecuencia

P) ¿Cuántos días tienen los empleados para reportar lesiones u enfermedades relacionadas con el trabajo?

R) Los patrones deben aconsejar a sus empleados que reporten accidentes tan pronto como ocurran lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Por ley, sin embargo, se requiere que empleados reporten lesiones o las enfermedades relacionadas con el trabajo en el plazo de 30 días.

P) ¿A quién le debo reportar la lesión relacionada con el trabajo?

R) Usted debe reportar el accidente a su compañía de seguros tan pronto usted tenga conocimiento de la lesión. Por ley, usted tiene siete días desde su primer conocimiento de la lesión relacionada con el trabajo.

P) ¿Tengo que reportar un reclamo si no creo que la lesión o enfermedad es relacionada con el trabajo?

R) Sí. Usted debe reportar todas las demandas de lesiones o de enfermedad relacionadas con el trabajo a su compañía de seguros. Esto incluye las demandas de las cuales no hay testigos de las lesiones u de las enfermedades. Es responsabilidad de la compañía de seguros por accidentes de trabajo investigar todas las demandas y determinar si el empleado tiene derecho a recibir beneficios de acuerdo a la ley de seguros por accidentes de trabajo.

P) ¿El empleado paga parte de la prima de seguro por accidentes de trabajo?

R) No. La ley es muy específica en este punto. Es la responsabilidad del empleador pagar la prima entera del seguro por accidentes de trabajo.

P) ¿A quién debo llamar si mis empleados tienen preguntas o preocupaciones con respecto a sus reclamaciones?

R) Usted debe primero contactar a su compañía de seguro. Si la aseguradora no puede contestar la pregunta o resolver el problema, usted o sus empleados deben llamar la oficina de la ayuda al Trabajador en 1-800-342-1741.

Empleadores que adquieran una póliza de seguros por accidentes de trabajo pueden también aplicar para ser un lugar de trabajo libre de drogas y pueden recibir un descuento de prima. Para aprender más sobre el programa, llame por favor a la División de Compensación por Accidentes, la oficina del servicio de atención al cliente al 850-413-1609.

Limitación de responsabilidad

Esta publicación esta siendo ofrecida sólo como una herramienta de información, acata s.440.185 (4) F.S. con el entendimiento que esto no es lenguaje oficial de los Estatutos de la Florida. Bajo ningunas circunstancias será la División de Compensación por accidentes de trabajo responsable de daños directos o resultantes del uso de ese material.

69L-3.0036, F.A.C. Employer Informational Brochure
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms
DFS-F2-DWC-66
Revised March 2010

Información Para Empleadores



INFORMACIÓN IMPORTANTE

DEL SEGURO DE INDEMNIZACION
POR ACCIDENTES DE TRABAJO
PARA LOS EMPLEADORES
DE LA FLORIDA



**DIVISION OF
WORKERS' COMPENSATION**
Florida Department of Financial Services

Su póliza de seguro por accidentes de trabajo cubre beneficios médicos y reemplazo parcial del salario para cualquier empleado que sostenga lesión o una enfermedad relacionada con su trabajo.

Este folleto le dará una mejor comprensión de su papel y responsabilidades bajo el sistema de seguro por accidentes de trabajo.

Aviso de seguro por accidentes de trabajo

La ley requiere que cada empleador que ha adquirido una póliza de seguro por accidentes de trabajo coloque en un lugar o lugares conspicuo(s) un aviso que contenga información sobre la compañía de seguros, la fecha de vencimiento de la póliza, y una declaración en contra de fraude. La División de Compensación por Accidentes de Trabajo ha desarrollado este aviso en forma de cartel, para que las compañías de seguro se las proporcionen a sus asegurados. Su compañía de seguros tiene obligación legal de proveerle los carteles.

Aunque el empleador adquiera una póliza de seguros por accidentes de trabajo, se consideran no haberlo hecho si han cometido cualquiera de las siguiente acciones:

- subestimar u ocultar nómina de pago,
- falsificar u ocultara las responsabilidades del empleado para evitar la clasificación apropiada para los cálculos de la prima de seguro
- falsificar u ocultar información pertinente al cálculo y aplicación de un factor de modificación de experiencia.

Los empleadores que tienen obligación de proveer seguro por accidentes de trabajo pero no lo hacen o no actualizan la información reportada en la solicitud de seguro por accidentes de trabajo, son sujetos a recibir una orden de suspensión de trabajo y penas civiles y criminales.

Primer reporte de la lesión o enfermedad

Tan pronto usted se entere de una lesión o enfermedad relacionada con un accidente en el lugar de trabajo, contacte inmediatamente a su compañía de seguro por accidentes de trabajo. Si usted no reporta la lesión o la enfermedad a la compañía de seguro en un plazo de siete días después de la fecha que usted fue informado, usted puede estar sujeto a una multa administrativa que no exceda \$2.000 por ocurrencia. La mayoría de las compañías de seguros tienen un número gratis para reportar lesiones relacionadas con el trabajo. Si usted reporta la lesión o la enfermedad a la compañía de seguros por teléfono, la compañía de seguros

llenará el formulario y le enviará una copia al empleado dentro de tres días laborales. Usted también puede completar el primer reporte de la lesión o enfermedad (DWC-1) y enviarlo a la compañía de seguros. El formulario contiene información sobre el empleador, el empleado, y el accidente y se puede obtener en la página Web de la División de Compensación por Accidentes de Trabajo en <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/pdf/DFS-F2-DWC-1.pdf>. Usted debe también proveer una copia del primer reporte del accidente o enfermedad al empleado. Se prefiere la firma del empleado en el formulario, pero si el empleado no puede o no esta disponible para firmarlo, escriba “no disponible” en la caja donde se pide la firma del empleado.

Fallecimientos relacionados con el trabajo

Empleadores también tienen que reportar muertes que resulten por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo a la División de Compensación por Accidentes de Trabajo en un plazo de 24 horas. Para reportar una una fatalidad en el lugar de trabajo, llame al 1-800-219-8953 (en la Florida) o al 850-413-1611, o envíe el primer reporte de la lesión o enfermedad con la información sobre la muerte por fax a 850-354-5100. Para tener acceso al formulario, vaya a la página web <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/tic/en/DWC-1.PublicationsFormsManualsReports/Forms/Default.htm>. Haga

Beneficios médicos

Tan pronto usted le notifique a la compañía de seguro sobre la lesión que sufrió su empleado en el trabajo, la compañía:

- Determinará si la lesión es compensable
- Proveerá un medico autorizado
- Pagará para todo el cuidado autorizado que sea médicamente necesario y este relacionado con la lesión u enfermedad.
- Proporcionará un solo cambio de médico dentro de cinco jornadas laborales del recibo de la petición de su empleado por escrito.

Atención médica y tratamientos autorizados pueden incluir:

- Consultas médicas
- Hospitalización
- Terapia física
- Exámenes médicos
- Medicamentos recetados
- Prótesis
- Gastos de ida y vuelta por viajes a consultas médicas o farmacias autorizadas.

En cuanto usted alcance la máxima mejoría médica (MMI por su sigla en inglés) usted tendrá que pagar un copago de \$10.00 por cada consulta para tratamiento médico. La máxima mejoría médica ocurre cuando el médico que lo (a) atiende determina que la lesión o enfermedad del empleado se ha curado al grado que mejoría adicional no es probable.

Beneficios de reemplazo de salario

Los beneficios de reemplazo de salario comenzarán al octavo día que el empleado no pueda trabajar. El empleado lesionado no recibirá beneficio de reemplazo de salario por los primeros siete días que no pudo trabajar a menos que ha estado incapacitado por más de 21 días debido a su lesión o enfermedad relacionada con su empleo. En la mayoría de los casos, los beneficios de reemplazo de salario igualaran a dos tercios (2/3) del salario semanal regular del empleado antes de sufrir la lesión o enfermedad, pero el beneficio no excederá el promedio de los salarios semanales en la Florida. Si el empleado califica para los beneficios de reemplazo de salario, él o ella puede esperar recibir el primer cheque dentro de 21 días después de que la compañía de seguros se entere de la lesión o enfermedad. Los siguientes cheques se le enviarán cada dos semanas. El empleado lesionado será elegible para diversos tipos de beneficios de reemplazo de salario dependiendo del progreso del reclamo y de la severidad de la lesión.

- Beneficios Por incapacidad total temporal (TTD por su sigla en inglés)*: Estos beneficios son proveídos como resultado de una lesión o enfermedad que temporalmente prohíbe que el empleado vuelva a trabajar, y el empleado no ha alcanzado la máxima mejoría médica.
- Beneficios Por incapacidad parcial temporal (TPD por su sigla en inglés): Estos beneficios son proveídos cuando el médico le permite al empleado volver a trabajar, el empleado no ha alcanzado la máxima mejoría médica, y gana menos del 80% del salario que ganaba antes de sufrir la lesión o enfermedad. El beneficio es igual al 80% de la diferencia entre el 80% del salario de antes de la lesión y del salario después de la lesión.El periodo máximo que el empleado lesionado puede recibir beneficios temporales es 104 semanas o hasta que la fecha del MMI sea determinada, lo que ocurra primero.
- Beneficios por daños permanente (IB por su sigla en ingles): Estos beneficios son proveídos cuando la lesión o enfermedad causa cualquier pérdida física, psicológica o funcional y el impedimento existe después de la fecha de la máxima mejoría médica. [MMI] Un médico asignará una valoración de incapacidad permanente a la lesión que será expresada como un porcentaje.
- Beneficios por incapacidad total permanente(PTD por su sigla en inglés) Estos beneficios son proveídos cuando la lesión causa que el empleado sea permanente y totalmente incapacitado(a) según las estipulaciones de la ley.
- Indemnizaciones por fallecimiento: Compensación por accidentes de trabajo que resulten en la muerte del trabajador incluye pago de gastos para el funeral y beneficios para los dependientes del fallecido (estos son sujetos a límites definidos por ley). Un cónyuge dependiente puede ser elegible para entrenamiento vocacional.

Formulario de la declaración del salario

Usted debe llenar el formulario de la declaración del salario (DFS-F2-DWC-1a) para cualquier empleado que tenga derecho a recibir beneficios de reemplazo de salario y proveérselo a

su compañía de seguros dentro de 14 días después del conocimiento del accidente. Usted también debe llenar el formulario al despedir o al dejar de proveer beneficios a cualquier empleado que esté recibiendo beneficios de reemplazo del salario. Esto se debe hacer en un plazo de 7 días de tal terminación. Para tener acceso a la forma vaya a la página web (<https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/PublicationsFormsManualsReports/Forms/Default.htm>) y haga clic en DWC-1a.

Oficina de ayuda al trabajador

Si usted tiene algunas preguntas o preocupaciones sobre los beneficios que ofrece el seguro por accidentes de trabajo, llame a su compañía de seguros. Si la compañía de seguros no ofrece la información que usted ha pedido, usted puede llamar la División de Compensación por Accidentes de Trabajo, oficina de Ayuda al Empleado (EAO) al 1-800-342-1741. Esta oficina ayuda a prevenir y a resolver disputas entre los trabajadores y los empleadores/las compañías de seguros.

Los especialistas de la EAO poseen conocimiento sobre el sistema de seguro por accidentes de trabajo(y pueden contestar sus preguntas. EAO tiene oficinas por todo el estado que puede llamar o visitar. Usted puede localizar el lugar donde están estas oficinas visitando el sitio: www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/Employee/eao_offices.htm.

Además, la División de Compensación por Accidentes de Trabajo tiene una sección en el Web, “Preguntas hechas con frecuencia por empleadores,” que puede alcanzar en <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employer/faq.htm>.

Petición para beneficios

Para comenzar el proceso judicial para solicitar beneficios que se le deben según la ley pero la compañía de seguros no lo ha proveído, se debe presentar el formulario “Petition for Benefits” [Petición para beneficios] a la Oficina de los Jueces de las reclamaciones de compensación. Se puede conseguir el formulario visitando el sitio Web: www.jcc.state.fl.us/JCC/forms/.

Programa de recompensación contra fraude

El fraude en el seguro por accidentes de trabajo ocurre cuando cualquier persona a sabiendas y con intención de hacer daño, defrauda o engaña a cualquier empleador o trabajador, compañía de seguros, o auto compañía de seguros, presenta información falsa o engañosa. El fraude del seguro por accidentes de trabajo es un delito mayor de tercer grado que puede resultar en multas, responsabilidad civil, o encarcelamiento. Recompensas de hasta \$25,000.00 se les puede pagar a personas quienes proveen información que resulte en la detención y la condena de personas que han cometido fraude de seguros. Llame al 1-800-378-0445 para reportar sospechas de fraude de seguros por accidentes de trabajo.

Workers' Compensation Exemptions

Construction Industry

An employer in the construction industry who employs one or more part-time or full-time employees, including the owner, must obtain workers' compensation coverage.

Corporate officers or members of a limited liability company (LLC) in the construction industry may elect to be exempt if:

- The officer owns at least 10 percent of the stock of the corporation, or in the case of an LLC, a statement attesting to the minimum 10-percent ownership.
- The officer is listed as an officer of the corporation in the records of the Florida Department of State, Division of Corporations.
- The corporation is registered and listed as active with the Florida Department of State, Division of Corporations.

No more than three corporate officers per corporation or limited liability member are allowed to be exempt. A \$50 fee is required for each application submitted to obtain an exemption. Construction exemptions are valid for a period of two years or until a voluntary revocation is filed or the exemption is revoked by the Division.

For copies of the exemption form, contact the Division's Bureau of Compliance at (850) 413-1609 or go to <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/PublicationsFormsManualsReports/Forms/Default.htm> and click on Rule 69L-6 and Form number DWC-250, Notice of Election to Be Exempt.

Non-Construction Industry

An employer in the non-construction industry, who employs four or more part-time or full-time employees, must obtain workers' compensation coverage.

Sole proprietors and partners in the non-construction industry are automatically exempt from the law, but can elect to be covered.

Non-construction industry corporate officers may elect to be exempt if:

- The officer is listed as an officer of the corporation in the records of the Florida Department of State, Division of Corporations.
- The corporation is registered and listed as active with the Florida Department of State, Division of Corporations.

There is no limit to the number of corporate officers who can be exempt and there is no application fee. Non-construction exemptions are valid until a voluntary revocation is filed or the exemption is revoked by the Division.

What Your Employee Can Expect From the Insurance Carrier

- Timely provision of medical treatment
- Timely payment of wage replacement benefits
- Timely payment of medical bills
- Timely reporting of the employee's claim information to the Division of Workers' Compensation
- Timely notification of any changes in the status of the employee's claim. This information should be provided to the injured worker by mail on either a Notice of Action/Change form (DWC-4) or a Notice of Denial form (DWC-12)

Questions about workers' compensation?

Please visit our Web site at www.MyFloridaCFO.com/Division/WC where you will find extensive information such as publications, databases, rules and forms that will give you a better understanding of workers' compensation.

Employee Assistance and Ombudsman Office Hotline
1-800-342-1741

Injured worker e-mail inquiries
wceao@MyFloridaCFO.com

Customer Service
(850) 413-1601

Employer e-mail inquiries
WorkCompCustServ@MyFloridaCFO.com

Workers' Compensation Fraud Hotline
1-800-378-0445

Frequently Asked Questions

Q) How many days do employees have to report work-related injuries or illnesses?

A) Employers should encourage employees to report accidents as soon as the work related injuries or illnesses occur. By law, however, employees are required to report work related injuries or illnesses within 30 days.

Q To whom should I report the work-related injury?

A) You should report the accident to your insurance company as soon as you have knowledge of the injury. By law, you have seven days from your first knowledge of the work related injury.

Q) Do I have to report a claim if I do not believe it is a work-related injury or illness?

A) Yes. You should report all claims of work-related injuries or illnesses to your workers' compensation insurance carrier. This includes claims in which there are no witnesses of the injury or illness. It is your workers' compensation insurance carrier's responsibility to investigate all claims and determine if employees are entitled to benefits under Florida's Workers' Compensation Law.

Q) Does the employee pay any part of my workers' compensation insurance premium?

A) No. The law is very specific on this point. It is the employer's responsibility to pay the entire premium for workers' compensation.

Employers who secure workers' compensation coverage can also apply to become a drug-free workplace and may receive a premium discount. To learn more about the Drug-free Workplace Program, please call the Division of Workers' Compensation Customer Service Office at 850-413-1609.

Q) Who should I call if my employees have questions or concerns regarding their workers compensation claims?

A) You should first contact your insurance carrier. If your carrier is unable to answer the question or resolve the problem, you or your employees should call the Employee Assistance and Ombudsman Office at 1-800-342-1741.

Disclaimer:

This publication is being offered as an informational tool only and complies with s. 440.185 (4) F.S., with the understanding that this is not official language of the Florida Statutes. In no event will the Division of Workers' Compensation be liable for direct or consequential damages resulting from the use of this printed material.

EMPLOYER FACTS



IMPORTANT WORKERS' COMPENSATION INFORMATION FOR FLORIDA'S EMPLOYERS



**DIVISION OF
WORKERS' COMPENSATION**
Florida Department of Financial Services

69L-3.0036, F.A.C. Employer Informational Brochure
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms
DFS-F2-DWC-65
Revised March 2010

Your workers' compensation insurance policy covers medical and partial wage-replacement benefits for any employee who sustains a work related injury or illness.

This brochure will give you a better understanding of your role and responsibilities under the workers' compensation system.

Workers' Compensation Notice

The law requires that every employer who has secured workers' compensation coverage post in conspicuous place(s) a notice that contains the employer's insurance carrier information, the expiration date of the policy and an anti-fraud statement. The Division of Workers' Compensation has developed this notice, in poster form, for carriers to provide to their policyholders. Your carrier is required by law to provide you with the poster(s).

Even if employers have purchased workers' compensation policies, they shall be deemed to have failed to secure workers' compensation coverage if they have committed any of the following actions:

- materially understated or concealed payroll,
- materially misrepresented or concealed employee duties to avoid proper classification for premium calculations, or
- materially misrepresented or concealed information pertinent to the computation and application of an experience modification factor.

Employers who fail to secure workers' compensation coverage or fail to update information on their workers' compensation insurance application are subject to stop work orders and civil and criminal penalties.

First Report of Injury

As soon as you become aware of a work-related injury or illness, immediately contact your workers' compensation insurance carrier. If you do not report the injury or illness to your insurance carrier within seven days of the date you were informed, you may be subject to an administrative fine not to exceed \$2,000 per occurrence. Most insurance companies have a toll-free number to report work-related injuries. If you report the injury or illness to the insurance carrier by telephone, the carrier will complete the form and

send a copy to you and the employee within three business days. You can also fill out the First Report of Injury or Illness form (DWC-1) and send it to the insurance carrier. The form contains employer, employee and accident information and can be obtained on the Division of Workers' Compensation Web site at <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/pdf/DFS-F2-DWC-1.pdf>. You must also provide a copy of the First Report of Injury or Illness form to the employee. The employee's signature on the form is preferred, but if the employee is not able or available to sign it, then write "not available" in the employee signature box.

Workplace Fatalities

Employers must also report deaths resulting from work-related injuries or illnesses to the Division of Workers' Compensation within 24 hours. To report a workplace fatality, call 1-800-219-8953 (in Florida) or 850-413-1611, or fax the First Report of Injury or Illness form containing the fatality information to 850-354-5100.

To access the form, go to <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/PublicationsFormsManualsReports/Forms/Default.htm> and click on DWC-1.

Medical Benefits

As soon as you notify your carrier about your employee's work-related injury, the carrier will:

- Determine the compensability of the injury
- Provide an authorized doctor
- Pay for all authorized medically necessary care and treatment related to the injury or illness
- Provide a one-time change of physician within five business days of receipt of your written request

Authorized treatment and care may include:

- Doctor's visits
- Hospitalization
- Physical therapy
- Medical tests
- Prescription drugs
- Prostheses
- Travel expenses to and from authorized providers or pharmacies.

Upon reaching maximum medical improvement (MMI), the employee is required to pay a \$10 copayment per visit for medical treatment. MMI occurs when the treating physician determines that the employee's injury has healed to the extent that further improvement is not likely.

Wage Replacement Benefits

Workers' compensation benefits for lost wages will start on the eighth day that the injured employee is unable to work. The injured employee will not receive wage replacement benefits for the first seven days of work missed, unless he or she is out of work for more than 21 days due to the work-related injury. In most cases, the wage-replacement benefits will equal two-thirds of the employee's pre-injury regular weekly wage, but the benefit will not be higher than Florida's average weekly wage. If the employee qualifies for wage replacement benefits, he or she can expect to receive the first benefit check within 21 days after the carrier becomes aware of the injury or illness, and bi-weekly thereafter. The injured employee will be eligible for different types of wage replacement benefits, depending on the progress of the claim and the severity of the injury.

- Temporary Total Benefits: These benefits are provided as a result of an injury that temporarily prevents the employee returning to work and the employee has not reached MMI.
- Temporary Partial Benefits: These benefits are provided when the doctor releases the employee to return to work, and the employee has not reached MMI and earns less than 80 percent of the pre-injury wage. The benefit is equal to 80 percent of the difference between 80 percent of the pre-injury wage and the post-injury wage. The maximum length of time the injured employee can receive temporary benefits is 104 weeks or until the date of MMI is determined, whichever is earlier.
- Permanent Impairment Benefits: These benefits are provided when the injury causes any physical, psychological or functional loss and the impairment exists after the date of MMI. A doctor will assign a permanent impairment rating, expressed as a percentage of disability to the body as a whole. If you return to work at or above your pre-injury wage, the permanent impairment benefit is reduced by 50%.
- Permanent Total Benefits: These benefits are provided when the injury causes the employee to be permanently and totally disabled according to the conditions stated in law.
- Death Benefits: Compensation for deaths resulting from work-related injuries or illnesses include payment of funeral expenses and dependency benefits (each are subject to limits defined by law). A dependent spouse may also be eligible for job training benefits.

Wage Statement Form

You must complete and provide a wage statement form (DFS-F2-DWC-1a) to your carrier for any employee who is entitled to wage replacement benefits, within 14 days after knowledge of the accident. You must also complete this form upon the termination of the employee or upon termination of fringe benefits for any employee who is collecting wage replacement benefits within seven days of such termination. To access the form go to, <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/PublicationsFormsManualsReports/Forms/Default.htm> and click on DWC-1a.

Employee Assistance Office

If you have any questions or concerns about your employees' workers' compensation benefits, call your workers' compensation insurance carrier. If the insurance carrier does not provide the information that you have requested, you can call the Division of Workers' Compensation, Employee Assistance Office (EAO) at 1-800-342-1741. This office helps prevent and resolve disputes between injured workers and employers/carriers.

EAO specialists are knowledgeable about the workers' compensation system and may be able to answer your questions. EAO has offices throughout the state that you can call or visit. You can find EAO statewide locations at www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/Employee/eao_offices.htm.

In addition, the Division of Workers' Compensation has a Web site section on "Frequently Asked Questions for Employers," which can be accessed at <https://www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employer/faq.htm>.

Petition for Benefits

To begin the judicial procedure for obtaining benefits that you believe are due and owing under the law and have not been provided by the employer or insurance carrier, a Petition for Benefits form must be filed with the Office of Judges of Compensation Claims. The form can be accessed at www.jcc.state.fl.us/JCC/forms/.

Anti-Fraud Reward Program

Workers' compensation fraud occurs when any person knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any employer or employee, insurance carrier or self-insured program, files false or misleading information. Workers' compensation fraud is a third degree felony that can result in fines, civil liability and jail time. Rewards of up to \$25,000 may be paid to individuals who provide information that lead to the arrest and conviction of persons committing insurance fraud. To report suspected workers' compensation fraud, call 1-800-378-0445.