



PIE INSURANCE

How to respond to a workplace injury:

For life-threatening medical emergencies, call **911**.

For non-life-threatening injuries, call the **24/7 Nurse Line at (844) 581-0828** to report the incident and get your employee the right care



Workers' comp claims

You can file your first report of injury for a workers' comp claim in three simple ways:

Call the 24/7 claim intake line within 24 hours of the incident: **(844) 581-0828**

[Submit the claim information online here](#)

Email the claims team within 24 hours of the incident: **claims@pieinsurance.com**

- **In your email, please include the following:**
- The name of your business
- The policy number
- Reporting party's contact information (name, phone, email)
- The name, phone, and email address of the injured employee
- Date of the injury or accident
- A description of the injury or accident

Thank you.



pieinsurance.com

WORKERS' COMPENSATION NOTICE

Employer: _____
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: _____

Policy Number: _____

Address for the above insurance company: _____

Telephone number: _____

☐ 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 COMPENSACIÓN PARA LOS TRABAJADORES

La Empresa:

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:

Numero de Póliza:

Dirección de la compañía de seguros:

Numero de teléfono:

- ☐ Marque aquí si la División de Accidentes Industriales ha autorizado el 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 pídale 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.”



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.

Workplace Safety and Health in the State of Utah

THIS NOTICE MUST BE POSTED IN THE WORKPLACE

The Utah Occupational Safety and Health Act of 1973 requires Utah employers to provide a safe and healthful workplace, free from recognized hazards that are likely to cause death or serious physical harm to employees. The Utah Occupational Safety and Health (UOSH) Division of the Utah Labor Commission, has the responsibility to administer the Utah Occupational Safety and Health Act.

NOTICE TO EMPLOYEES

You have the **obligation to comply** with all workplace safety and health rules established by your employer.

You have the right to **notify your employer or UOSH about workplace hazards**. You may ask to keep your name confidential.

You have the right to **request and to participate in a UOSH inspection** if you believe that there are unsafe or unhealthful conditions in your workplace.

You have the right to **file a complaint with UOSH** if you feel that your employer has retaliated against you for making safety or health complaints, or for exercising your rights under the Utah Occupational Safety and Health Act. Such whistleblower complaints must be filed within 30 days of the retaliation.

You have a right to **see all UOSH citations issued to your employer**. Your employer must post the citations at or near the place of the alleged violation. You may request an informal review of the abatement period granted to the employer.

You have the right to **know your employer is obligated to correct workplace hazards** by the date indicated on the citation and must certify that these hazards have been reduced or eliminated.

You have the right to **copies of your medical records** or records of your exposure to toxic and harmful substances or conditions.

NOTICE TO EMPLOYERS

UTAH EMPLOYERS ARE REQUIRED TO PROVIDE EMPLOYEES A SAFE AND HEALTHFUL WORKPLACE

REPORTING REQUIREMENTS

Employers are required to notify UOSH at (801) 530-6901 **within 8 hours of occurrence of all fatalities, disabling, significant, and serious injuries or illnesses to workers**. You can call in your report 24 hours a day, 7 days a week. Tools, equipment, materials, or other evidence that might pertain to the cause of such accidents shall not be removed or destroyed until authorized by UOSH. You are also required to investigate all incidents of worker injuries and occupational illnesses.

REPORTING GUIDANCE

"Disabling and serious" includes, but is not limited to any injury or illness resulting in immediate admittance to the hospital, permanent or temporary impairment where part of the body is made functionally useless or is substantially reduced in efficiency and which would require treatment by a medical doctor, such as amputation, fracture, deep cuts, severe burns, electric shock, sight impairment, loss of consciousness, and concussions; illnesses that could shorten life or significantly reduce physical or mental efficiency inhibiting the normal function of a part of the body, such as cancer, silicosis, asbestosis, hearing impairment and visual impairment.

INSPECTIONS, CITATIONS, ASSESSED PENALTIES

UOSH may enter at reasonable times without delay any work place under its jurisdiction to conduct an inspection, investigation, or interview a reasonable number of employees to determine compliance with the Utah Act, rules and standards. If an employer is in violation of any of those rules or standards UOSH will promptly issue a Citation to notify them of the violation. A serious violation may be assessed a proposed penalty of up to \$7,000. Willful or Repeated violations may be assessed a proposed penalty up to \$70,000. Failure to correct or abate a violation may result in additional penalties not to exceed \$7,000 for each day each violation is not corrected.

CONTESTS, APPEALS, INFORMAL REVIEW

The Utah Labor Commission will provide an adjudicative formal hearing with its Division of Adjudication, when an employer files a written notice of contest within 30 days of receipt of the citation. Upon expiration of that 30 day period, the citation and proposed penalties are final and not subject to review by any court or agency. Employers may also request an informal review of any citation, proposed penalty or abatement period. Informal reviews do not extend the 30 days in which an employer must file a written notice of contest for a formal hearing.

To report a workplace fatality or injury, file a workplace safety complaint, or for assistance please call (801) 530-6901 or (800) 530-5090. To file a safety complaint online or obtain more information about UOSH please visit our website at: www.laborcommission.utah.gov. To obtain more information about safety and health in the workplace, please contact the Consultation Program at (801) 530-6855. Employers and employees may file a complaint about state program administration with the Occupational Safety and Health Administration (OSHA) at 1244 Speer Blvd., Suite 551 Denver, CO 80204.

State of Utah Labor Commission
Utah Occupational Safety and Health
160 East 300 South, Third Floor
PO Box 146650
Salt Lake City, Utah 84114-6650
(801) 530-6901
Fax (801) 530-7606
Toll-Free 1-800-530-5090
www.laborcommission.utah.gov



Reporting Injuries (801) 530-6901
Compliance Program (801) 530-6901
Consultation Program (801) 530-6855



Seguridad y Salud Ocupacional en el Estado de Utah

ESTA NOTIFICACIÓN DEBE SER PUBLICADA EN EL LUGAR DE TRABAJO

El Acta de Ley de Seguridad y Salud Ocupacional de Utah de 1973 requiere que los empleadores en el Estado de Utah proporcionen un lugar de trabajo seguro y saludable, libre de riesgos reconocidos que puedan causar la muerte o daño físico serio a los empleados. La División de Seguridad y Salud Ocupacional (UOSH), tiene la responsabilidad primaria de administrar esta Acta de ley.

NOTIFICACIÓN A LOS EMPLEADOS

Usted tiene la **obligación de cumplir** con todas las normas de seguridad y salud laboral establecidas por su empleador.

Usted tiene el derecho de **notificar a su empleador o a UOSH sobre peligros en el trabajo**. Usted puede pedir que UOSH mantenga su nombre confidencial.

Usted tiene el derecho de **solicitar y participar en una inspección de UOSH** si cree que existen condiciones peligrosas o insalubres en su lugar de trabajo.

Usted tiene derecho de **someter una queja a UOSH** si cree que su empleador ha tomado represalias en su contra por someter quejas de seguridad y salud en su trabajo, o por ejercer sus derechos bajo el Acta de Seguridad y Salud Ocupacional del Estado de Utah. Tales quejas de represalias a denunciantes deben ser presentadas dentro de los primeros 30 días de haber ocurrido la represalia.

Usted tiene el derecho de **ver todas las citaciones que UOSH haya enviado a su empleador**. Su empleador debe colocar las citaciones en o cerca del lugar de la supuesta violación. Usted también puede solicitar una revisión del periodo de tiempo otorgado al empleador para completar la corrección de las violaciones.

Usted tiene el derecho de **saber que su empleador tiene la obligación de corregir los peligros en el lugar de trabajo** en la fecha indicada en la citación y que debe certificar que dichos peligros se hayan reducido o eliminado.

Usted tiene el derecho de recibir **copias de sus registros médicos** de su exposición a sustancias o condiciones tóxicas y peligrosas.

NOTIFICACIÓN A LOS EMPLEADORES

EN EL ESTADO DE UTAH SE REQUIERE QUE LOS EMPLEADORES PROPORCIONEN A LOS EMPLEADOS UN LUGAR DE TRABAJO SEGURO Y SALUDABLE

REQUERIMIENTO DE REPORTAR CASOS

Los empleadores **están requeridos a reportar a UOSH al 801-530-6901** o en línea en www.laborcommission.utah.gov/divisions/uosh/ dentro de las primeras 8 horas de la ocurrencia de muertes, incapacidad, lesiones graves, significativas o enfermedades ocupacionales de los trabajadores. Los empleadores pueden llamar para remitir su reporte las 24 horas del día, 7 días en la semana. Herramientas, equipos, materiales u otra evidencia que pueda estar relacionada con la causa de estos accidentes no deben ser removidos o destruidos hasta que sea autorizado por UOSH. También los empleadores están obligados a investigar todo los casos de lesiones y enfermedades ocupacionales.

GUIA PARA REPORTAR CASOS

“Incapacidad y gravedad” incluye, pero no está limitado a cualquier lesión o enfermedad que resulte en la admisión inmediata al hospital, incapacidad permanente o temporal que hace parte del cuerpo funcionalmente inútil o que se reduce sustancialmente en eficiencia y requieren tratamiento de un doctor cuya ciencia es salud y medicina, tales como amputaciones, fracturas, heridas profundas, quemaduras severas, choque eléctrico, deterioro visual, pérdida de conocimiento y contusiones; enfermedades que podrían acortar el periodo de vida o reducir significativamente la eficiencia física o mental inhibiendo la función normal de una parte de cuerpo, tales como el cáncer, silicosis, asbestosis, discapacidad auditiva y discapacidad visual.

INSPECCIONES, CITACIONES, PENALIDADES

UOSH puede entrar a horas razonables y sin demora a cualquier lugar de trabajo bajo su jurisdicción para llevar a cabo una inspección, investigación o para entrevistar un número razonable de empleados para determinar el cumplimiento con el Acta de ley del Estado de Utah, las reglas y estándares. Si un empleador está en violación de esas reglas y estándares. UOSH presentará citaciones prontamente para notificar al empleador de la violación. Una violación grave puede conllevar una penalidad de hasta \$16,131. Violaciones intencionales o repetidas pueden conllevar una penalidad de hasta \$161,323. La falta de no corregir o eliminar una violación puede resultar en sanciones adicionales de hasta \$16,131 por cada día que cada violación no sea corregida.

IMPUGNAS, APELACIONES, REVISIONES

La Comisión Laboral de Utah proporcionará una audiencia formal con la División de Adjudicación, cuando el empleador somete una notificación escrita de impugnación o apelación dentro de los 30 días siguientes al recibo de la citación. A la expiración de dicho plazo de 30 días, la citación y penalidades propuestas son consideradas finales y ya no están sujetas a revisión por ninguna corte o agencia. Los empleadores también pueden solicitar una revisión informal de cualquier citación, multa o periodo de corrección. Las revisiones informales no extienden el plazo de 30 días que tiene el empleador para presentar una notificación por escrito de impugnación o apelación.

Para reportar muertes o lesiones serias en el trabajo, quejas sobre seguridad en el trabajo, o para obtener asistencia por favor llame al **801-530-6901 o 1-800-530-5090**. Para someter una queja de seguridad en forma electrónica por favor visite nuestro sitio web www.laborcommission.utah.gov/divisions/uosh/. Para obtener más información sobre las programas de UOSH, por favor llame al Programa de Consultoría al 801-530-6855. Empleadores y empleados pueden someter una queja sobre la administración de un programa del estado con la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) cuya dirección es: 1244 Speer Blvd., Suite 551 Denver, CO 80204.

State of Utah Labor Commission
Utah Occupational Safety and Health
160 East 300 South, Third Floor
PO Box 146650
Salt Lake City, Utah 84114-6650
801-530-6901
Fax 801-530-7606
Toll-Free 1-800-530-5090
www.laborcommission.utah.gov

Reportar Lesiones 801-530-6901
Cumplimiento 801-530-6901
Consultoría 801-530-6855



EMPLOYER'S FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER WITH ORIGINAL SENT TO INSURANCE CARRIER AND COPY SENT TO INJURED WORKER

INJURED WORKER INFORMATION:

Name:		Phone:	
Address:		City:	State: Zip:
Social Security Number:		Date of Birth:	
Marital Status:		Sex: Male ☐ Female ☐ Unknown ☐	
Occupation / Job Title:		Date Hired:	
Employment Status:		Number of Dependents:	
Wage:	Wage Period:	Daily ☐ Weekly ☐ Monthly ☐	
Full Pay for Day of Injury: Yes ☐ No ☐		Number of Days Worked per Week:	

EMPLOYER INFORMATION:

Business Name:		Phone:	
Employer Contact:		Phone:	
Mailing Address:		City:	State: Zip:
Employment Address:		City:	State: Zip:
Employer FEIN:			

INSURANCE INFORMATION:

Carrier:		Phone:	
Carrier Address:		City:	State: Zip:
Policy / Self-Insured Number:		Policy Period:	

OCCURRENCE/TREATMENT:

Date of Injury / Disease:	Time of Injury:	Date Employer Notified:
Nature:	Body Part:	Cause:
Last Day Worked:	Date Disability Began:	Date Returned to Work:
Fatality: Yes ☐ No ☐	Date of Death:	Date Administrator Notified:
Address of Occurrence:		City: State: Zip:
Premises: Employer's ☐ Other ☐ Description:		
Accident Description:		

Provider Injured Worker Received Care From:

Provider Address :		City:	State: Zip:
Treating Physician:		Phone:	
Initial Treatment:	No Medical Treatment ☐ Minor: By Employer ☐ Minor: Clinic/Hospital ☐ Emergency Care ☐ Hospitalized- 24 Hours ☐ Future Major Medical/Lost Time Anticipated ☐		
Witnesses: Yes ☐ No ☐ If yes list their names and phone number:			

For your protection, it is required by Utah Law to give notice that workers' compensation fraud is a crime. See next page for full fraud statement.



INSTRUCTIONS TO THE EMPLOYER**PLEASE NOTE:**

The filing of this form does not admit liability or fault. However, failure to file this report with the insurance carrier and provide a copy to the injured worker can result in a citation and civil penalty for each violation as per §34A-2-407(8), U.C.A.

The insurance carrier is to receive the original of this form. The injured worker shall then receive a copy along with their rights and obligations of the Utah's Workers' Compensation Act (Form 100). The employer should keep a copy for their records. The Labor Commission, Division of Industrial Accidents, will receive an electronic copy from the insurance carrier. The electronic copy of this form is private information and only released to parties of the claim.

In order to dispute the validity of the injured worker's claim, contact the insurance carrier or claim administrator for more information.

All fields on this form are required. Please complete this form entirely and do not leave any blank fields. This form will be returned and additional information will be requested if it is not properly completed. If you, the employer, need assistance to complete the form contact your workers' compensation insurance carrier or claims administrator.

Rule R612-200-1(A)(2) Except for injuries treated only by first aid, an employer shall report each employee work injury within 7 days after receiving initial notice of the injury, as follows:

- a. An employer that has obtained workers' compensation insurance shall report the injury to its insurance carrier.*
- b. An employer that has received Division authorization to self-insure shall report the injury to its claims administrator.*
- c. An employer that has failed to obtain worker's compensation coverage shall report the injury by contacting the Division directly.*

3. An employer has notice of a work injury upon the earliest of:

- a. Observation of the injury;*
- b. Verbal or written notice of the injury from any source; or*
- c. Receipt of any other information sufficient to warrant further inquiry by the employer.*

FRAUD WARNING:

Any person who knowingly presents false or fraudulent underwriting information, files, claim for disability compensation, medical benefits, health care fees, or other professional services are of guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

