

# N.C. WORKERS' COMPENSATION NOTICE TO INJURED WORKERS AND EMPLOYERS

All employees of this business, except specifically excluded executive officers, suffering work-related injuries may be entitled to Workers' Compensation benefits from the employer or its insurance carrier.

## IF YOU HAVE A WORK-RELATED INJURY OR AN OCCUPATIONAL DISEASE

### The Employee Should:

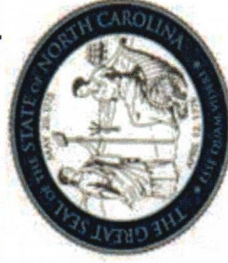
- Report the injury or occupational disease to the Employer immediately.
- Give written notice to the Employer within 30 days.
- File a claim with the Industrial Commission on a Form 18 immediately, but no later than 2 years from injury date or occupational disease. Give a copy to the Employer.
- If medical treatment and wage loss compensation are not promptly provided, call the insurance carrier/administrator or request a hearing before the Industrial Commission using a Form 33 Request for Hearing. Commission forms are available at website [www.ic.nc.gov](http://www.ic.nc.gov) or by calling the Help Line.
- Your employer's workers' compensation insurance carrier is American Zurich Insurance Company.
- The insurance policy number is WC 1878903-07.
- Your employer's workers' compensation insurance policy is valid from 5/1/2026 until 5/1/2027.

**For assistance: Call the Industrial Commission HELP LINE—(800) 688-8349.**

### The Employer Should:

- Provide all necessary medical services to the Employee.
  - Report the injury to the carrier/administrator and file a Form 19 Report of Injury within 5 days with the Industrial Commission, if the Employee misses more than 1 day from work or if cumulative medical costs exceed \$4,000.00.
  - Give a copy of your completed Form 19 to the Employee along with a copy of a blank Form 18 Notice of Accident.
- Ensure that compensation is promptly paid as required under the Workers' Compensation Act.

For Placing a Claim, Call:  
800-243-2490



**NORTH CAROLINA  
INDUSTRIAL COMMISSION**

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION  
1235 MAIL SERVICE CENTER  
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-1235

Website: [www.ic.nc.gov](http://www.ic.nc.gov)

TO EMPLOYER: THIS FORM MUST BE PROMINENTLY POSTED IF YOU HAVE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE OR QUALIFY AS SELF-INSURED. (N.C. Gen. Stat. §97-93).



## AVISO DE COMPENSACIÓN LABORAL A EMPLEADORES Y EMPLEADOS LESIONADOS

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

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

#### El Empleado deberá:

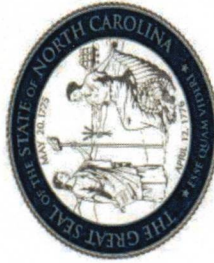
- Reportar inmediatamente su lesión o enfermedad ocupacional a su empleador.
- Notificar por escrito al empleador dentro de treinta (30) días que ocurre la lesión o enfermedad ocupacional.
- Hacer inmediatamente un reclamo a la Comisión Industrial usando la Forma 18, no más tarde de (2) años de ocurrir o desarrollar su lesión o enfermedad ocupacional.
- Si el tratamiento médico o el pago de compensación no es prontamente suministrado, llame a la compañía de seguros/administrador o requiera una audiencia ante la Comisión Industrial usando la Forma 33 Petición que la Demanda sea Asignada a una Audiencia. Las formas de la Comisión están disponibles en la página web [www.ic.nc.gov](http://www.ic.nc.gov) o llamando a la Línea de Ayuda.
- La compañía de seguros de compensación para trabajadores de su empleador es American Zurich Insurance Company.
- El número de la póliza de seguro es WC 1878903-07
- La póliza de seguro de compensación para trabajadores de su empleador es válida desde 5/1/2026 hasta 5/1/2027

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

#### El Empleador deberá:

Para Reportar un Reclamo llame al:  
800-243-2490

- Proveer todos los servicios médicos necesarios al empleado.
- Reportar la lesión a la compañía de seguros/administrador y a la Comisión Industrial usando la Forma 19 Reporte de Accidente dentro de cinco (5) días, si su empleado falta más de un (1) día de trabajo o si los gastos de tratamientos médicos exceden los \$4,000.00.
- Proveer a su empleado una copia de la Forma 19 y una copia en blanco de la Forma 18 Aviso de Accidente.
- Pagar puntualmente compensación al empleado de acuerdo con el Acta de Compensación Laboral.



**NORTH CAROLINA  
INDUSTRIAL COMMISSION**

NORTH CAROLINA INDUSTRIAL COMMISSION  
1235 MAIL SERVICE CENTER  
RALEIGH, NORTH CAROLINA 27699-1235  
Página Oficial en Español: [www.ic.nc.gov](http://www.ic.nc.gov)

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