

**Workers' Comp. e-CLAS™ Banner Page**  
**Environment: PRODUCTION**

**Policy Number:** EWC 060 23 71-01

**Effective Date:** 08-01-2022

**Named Insured:** UNIVERSITY OF SOUTH ALABAMA

**Agency:** WILLIS TOWERS WATSON SOUTHEAST, INC. 01-125

**Billing Method:** AGENCY BILL

**Thank you for placing this coverage with The Cincinnati Insurance Companies!**

01-125  
WILLIS TOWERS WATSON  
SOUTHEAST, INC.  
P.O. BOX 2407

SREARI1

MOBILE AL 36652-2407

# WORKERS' COMPENSATION INSURANCE COVERAGE EMPLOYEE NOTICE



UNIVERSITY OF SOUTH ALABAMA



Date:

Policy Number:

EWC 060 23 71-01



, MT



The above-named employer's workers' compensation insurance coverage is active and in good standing for the period of 01-19-2022 to 01-19-2023, provided the employer meets all premium and reporting requirements.

## IF YOU ARE INJURED

You should report any on-the-job injury to your supervisor, employer, or insurer as soon as possible. You must report the accident within 30 days. A sole proprietor, partner, manager of a manager-managed limited liability company, member of a member-managed limited liability company, or corporate officer covered under the Montana Workers' Compensation Act must report an accident to the insurer within 30 days.

Report minor injuries to your employer whether or not you receive medical treatment. After you report the injury, your employer has 6 days to notify their insurer. You must submit a written First Report of Injury within 12 months from the date of the accident or within one (1) year from the knowledge of an occupational disease. You can submit this form to your employer, insurer, or the Department of Labor and Industry.

All employees sustaining a compensable work related injury or occupational disease, other than those who are exempted by statute (Section 39-71-401, MCA), are covered for medical and wage-loss benefits.

### **Prior to the Insurer's designation or approval of a Treating Physician you may choose your initial Health Care Provider.**

You may continue to receive treatment from your initial health care provider until the insurer designates a treating physician other than your initial health care provider. After providing you with a notice of a designated or approved treating physician, the insurer is no longer liable for treatment provided by other health care providers unless authorization is obtained to continue treatment.

### **For specific information about this policy, call or write your employer's insurance carrier:**

THE CINCINNATI INDEMNITY COMPANY  
PO BOX 145496, CINCINNATI, OH 45250-5496  
877-242-2544

**For general information about workers' compensation, call or write:  
Montana Department of Labor and Industry, Employment Relations  
Division, P.O. Box 8011, Helena, MT 59604-8011, Phone (406) 444-6543.**

**FAILURE TO POST THIS SIGN OR POSTING AN ALTERED SIGN IN THE  
WORKPLACE WILL RESULT IN A \$50 FINE AGAINST THE EMPLOYER!**

# Compensación de Trabajadores

Cobertura De Seguro

## AVISO DEL EMPLEADO

UNIVERSITY OF SOUTH ALABAMA

Fecha:

Número de la Política:

EWC 060 23 71-01

MT

La cobertura de compensación para trabajadores de la antedicha compañía esta vigente por el periodo de 01-19-2022 al \_\_\_\_\_, mientras tanto que la compañía halla reunido todos los requisitos de reportes y la prima.

### SI USTED ES HERIDO

Usted debe informar cualquiera lesion que ocurre en el trabajo a su supervisor, el empleador o el asegurador tan pronto posible. Usted tiene que reportar el accidente dentro de 30 días. Un propietario único, el socio, el director de una compañía manejado por el director de obligación limitada, el miembro de una compañía miembro-manejado por obligación limitada, o oficial corporativo cubierta bajo el Acto de Compensación de Trabajadores de Montana debe informar un accidente al asegurador dentro de 30 días.

Informe las lesiones secundarias a su empleador aunque usted no reciba tratamiento médico. Después que usted informa la lesión, su empleador tiene 6 días para notificar a su asegurador. Usted tiene que entregar un escrito "Primer Informe de la Lesion" dentro de 12 meses de la fecha del accidente o dentro de un (1) año del conocimiento de una enfermedad profesional. Usted le puede entregar esta forma a su empleador, al asegurador, o al Departamento de Labor y de Industria.

Todos los empleados que sostienen una lesion compensable relacionada al trabajo o la enfermedad profesional, con excepción de las que sean eximidas por el estatuto (la Sección 39-71-401, MCA), son cubierta por médico y por los beneficios de perdida de salario.

**Antes de la designación de la Aseguradora o aprobación de un médico tratante puede elegir su proveedor de atención médica inicial.** Usted puede continuar recibiendo tratamiento de su proveedor de atención médica inicial a menos que el asegurador designa un médico tratante que no sea su proveedor de atención médica inicial. Después de proporcionarle con un aviso de un designado o aprobado médico tratante, el asegurador es no más obligado para el tratamiento proporcionado por otros proveedores de asistencia médica a menos que autorización sea obtenida para continuar el tratamiento.

**Para información específica sobre esta póliza, llame o escriba al portador del seguro de su empleador:**

THE CINCINNATI INDEMNITY COMPANY  
PO BOX 145496, CINCINNATI, OH 45250-5496  
877-242-2544

**Para información general acerca la compensación de los trabajadores, llame o escriba:**

**Departamento de Trabajo e Industria de Montana, División de Relaciones Laborales, P.O. Box 8011, Helena, MT 59604-8011, Teléfono (406) 444-6543.**

¡EL FRACASO DE ANUNCIAR ESTE LETRERO O ANUNCIAR UN LETRERO MODIFICADO EN EL LUGAR DE TRABAJO RESULTA EN UNA MULTA DE \$50 CONTRA EL EMPLEADOR!