

**Lackawanna Insurance Group
Workers' Compensation
First Report of Injury Form**

Page 1 of 2

(* denotes required field)

*Date of Injury:

*Employee Social Security No:

*Employee First Name:

*Employee Last Name:

*Street Address:

*City:

*State:

*Zip Code:

County:

*Phone No:

*Date of Birth:

*Gender:

Marital Status:

No. of Dependents:

*Occupation or Job Title:

*Employment Status:

*Date of Hire:

*Employer:

*Employer Contact First Name:

*Employer Contact Last Name:

*Employer Contact Phone No:

Employer Contact Fax No:

Employer Contact E-Mail Address:

*Street Address:

*City:

*State:

*Zip Code:

County:

*Phone No:

Employer FEIN.:

Policy Number:

Policy Period Dates:

*Date & Time Employer Notified:

*Time employee began work:

*Time of occurrence:

*Full pay for day of injury?:

Last day worked:

Date of disability:

Date returned to work:

*Type of Injury:

*Part of Body Affected:

*Cause of Injury:

*How injury/illness/abnormal health condition occurred. Describe sequence of events including objects/substances directly responsible:

*Did injury or illness occur on employer's premises?:

*If accident did not occur at Employer Address provided on page one (1), please provide complete address:

*If Injury Out of State, Specify State:

*Were safeguards or safety equipment provided?:

*Were safeguards or safety equipment used?:

All equipment, material, or chemicals employee was using when accident or illness exposure started:

If fatal, give date of death:

- Type of Initial Treatment:
- No (formal) Medical Treatment; only first aid
 - Hospital – Emergency Care
 - Panel Physician
 - Employee Physician

Healthcare Provider Name:

Street Address:

City:

State:

Zip Code:

Phone No:

Witness First Name:

Witness Last Name:

Witness Phone No.:

*Person Completing This Form – Name:

*Phone Number:

**REMEMBER: IT IS IMPORTANT
TO TELL YOUR EMPLOYER
ABOUT YOUR INJURY**

The name, address and telephone number of your employer's workers' compensation insurance company, third-party administrator (TPA), or person handling workers' compensation claims for your company, are shown below.

Employer Name: _____ **Date Posted:** _____

IF INSURED:
(Complete all applicable spaces)

**IF SOMEONE OTHER THAN INSURER IS
HANDLING CLAIMS:**
(Complete all applicable spaces)

Name of Insurance Company:

Name of TPA (Claims administrator):

Address:

Address:

Telephone Number: _____ Telephone Number: _____

Insurer Code: _____

IF SELF-INSURED
(Complete all applicable spaces)

**IF SOMEONE OTHER THAN SELF-INSURER IS
HANDLING CLAIMS:**
(Complete all applicable spaces)

Name of person handling claims at
the self-insured:

Name of TPA (Claims administrator):

Address:

Address:

Telephone Number: _____ Telephone Number: _____

Insurer Code: _____

Any individual filing misleading or incomplete information knowingly and with the intent to defraud is in violation of Section 1102 of the Pennsylvania Workers' Compensation Act, 77 P.S. §1039.2, and may also be subject to criminal and civil penalties under 18 Pa. C.S.A. §4117 (relating to insurance fraud).

**Employer Information
Services**
717.772.3702

Claims Information Services
toll-free inside PA: 800.482.2383
local & outside PA: 717.772.4447

Hearing Impaired
PA Relay 7-1-1

Email
ra-li-bwc-helpline@pa.gov



*Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities.
Equal Opportunity Employer/Program*



Lackawanna Insurance Group

Lackawanna Casualty Company • Lackawanna American Insurance Company
• Lackawanna National Insurance Company

Autorización a la información de lanzamiento

A quien pueda interesar:

Le solicito y autorizo por este medio suministrar al grupo del seguro de Lackawanna y toda la información que usted tiene referente a _____, con respecto a cualquier enfermedad o lesión, historial médico, consultas, tratamiento, incluyendo radiografías, así como las copias de todo el hospital o informes médicos, los expedientes de los militares y/o el otro Workers' Expedientes de la remuneración.

Solicito y autorizo más lejos a patronos suministrar la información completa que incluye pero no limitada a los salarios, a las comisiones, y a cualquier otra forma de remuneración.

Una fotocopia de esta autorización será considerada como eficaz y válido como la autorización del orginal.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre de la impresión: _____

Dirección de calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cierre relámpago: _____

NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO DEL SISTEMA DE INDEMNIZACIÓN AL TRABAJADOR

El uso del género masculino en este documento implica tanto el género masculino como el género femenino.

El Decreto del Estado de Pennsylvania de la Indemnización al Trabajador esta diseñado para proveer cuidados médicos razonables, a quien sufre una lesión que ocurre en el transcurso de su empleo y cuya causa esta relacionada a ello. De acuerdo al Decreto, su empleador proporcionará el pago por servicios médicos y quirúrgicos razonables, por servicios suministrados por médicos y otros proveedores del cuidado de la salud, por medicinas y por suministros que son necesarios y cuando sean necesarios.

Si usted requiere tratamiento médico de emergencia, usted puede conseguirlo con cualquier proveedor médico, sin embargo, cualquier otro tratamiento subsiguiente que no sea de emergencia, tiene que ser obtenido y suministrado por uno de los designados proveedores del cuidado de la salud cuyos nombres aparecen en la lista de anuncio presentada en los establecimientos de su empleador. Si usted se encuentra con una emergencia médica, usted puede obtener asistencia o ayuda de parte de un hospital o médico de su elección. Sin embargo, una vez que la emergencia ya no existe, el empleado lesionado tiene que ser tratado por uno de los proveedores nombrados en la lista, por el resto del período de noventa (90) días.

Durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de su primera visita, usted puede y tiene el derecho de cambiar el proveedor por otro en la lista, y su empleador pagará por ese tratamiento o cita.

Si un proveedor designado del cuidado de la salud, lo manda o recomienda a usted para ser tratado por otro proveedor del cuidado de la salud cuyo nombre no está en la lista, su empleador pagará por el tratamiento suministrado por el proveedor al cual usted fue mandado o recomendado.

Naturalmente, usted tiene el derecho de conseguir tratamiento o consulta médica de parte de un proveedor del cuidado de la salud, el cual no es uno de los designados en la lista, durante los primeros noventa (90) días a partir de la primera visita, pero entonces usted es la persona responsable por el pago de esos servicios.

Usted tiene el derecho de conseguir tratamiento de parte de cualquier proveedor del cuidado de la salud, una vez terminado el período de noventa (90) días a partir de la primera visita. Su empleador pagará por ese tratamiento a menos que dicho tratamiento sea evaluado como innecesario o irrazonable por una organización de reevaluación de utilización de acuerdo al proceso de reevaluación de utilización contenido en el Decreto de Indemnización al Trabajador.

Su empleador será responsable por el costo de ese tratamiento después de que el período inicial de noventa (90) días ha terminado pero, solamente si usted notifica a su empleador, que usted esta recibiendo tratamiento de parte de un proveedor del cuidado de la salud el cual no es uno de los designados en la lista, y solo si esa notificación es dada a su empleador dentro de cinco (5) días a partir de la primera visita a ese proveedor. Si usted proporciona la notificación a su empleador acerca del tratamiento por un proveedor del cuidado de la salud el cual no es uno de los designados en la lista, más allá de cinco (5) días después de la primera visita a ese proveedor, el empleador no será responsable por el pago del tratamiento suministrado por ese proveedor no-designado en la lista, hasta que no reciba notificación de su parte de que usted está recibiendo dicho tratamiento.

En caso de que un designado proveedor del cuidado de la salud, prescribiera, recetara o recomendara cirugía de procedimiento invasivo, su empleador pagará por una opinión adicional de parte de un proveedor del cuidado de la salud de su elección. Si esta opinión adicional no concuerda con la opinión del designado proveedor del cuidado de la salud, y si la opinión adicional proporciona un detallado y específico curso de tratamiento, usted determinará que curso de tratamiento a seguir. Si usted elige seguir el tratamiento recomendado en la opinión adicional, su empleador pagará para que dichos procedimientos sean suministrados por uno de sus designados proveedores del cuidado de la salud y no será responsable por el pago de tratamientos suministrados por proveedores no-designados por un período de noventa (90) días a partir de la fecha de su visita al proveedor que proporcionó la opinión adicional.

YO POR LA PRESENTE RECONOZCO QUE HE SIDO INFORMADO DE Y QUE ENTIENDO MIS DERECHOS Y DEBERES BAJO EL DECRETO DE LA INDEMNIZACIÓN DEL TRABAJADOR COMO HAN SIDO PRESENTADOS AQUÍ.

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Fecha

RE-NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO EN EL O CERCA DEL MOMENTO DE LA RECLAMADA LESIÓN EN EL TRABAJO

Yo por la presente reconozco que he sido informado de nuevo y que entiendo mis derechos y deberes bajo el Decreto de la Indemnización del Trabajador de Pennsylvania. Yo he recibido una copia de este formulario de notificación de la Indemnización al Trabajador.

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Fecha

INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN DE LOS TRABAJADORES

(1) El workers' la ley de la remuneración proporciona pérdida del salario y ventajas médicas a los empleados que no pueden trabajar, o que necesitan asistencia médica, debido a lesión relacionada con el trabajo.

(2) Las ventajas se requieren para ser pagadas por su patrón cuando los uno mismo-asegurados, o con el seguro proporcionado por su patrón. Requieren a su patrón fijar el nombre de la compañía responsable de pagar workers' ventajas de la remuneración en su lugar del negocio primario y en sus sitios del empleo en un lugar prominente y fácilmente accesible, incluyendo, sin la limitación, las áreas usadas para el tratamiento de empleados dañados o para la administración de los primeros auxilios.

(3) Usted debe divulgar inmediatamente cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo a su patrón.

(4) Sus ventajas podrían ser retrasadas o ser negadas si usted no notifica a su patrón inmediatamente.

(5) Si su demanda es negada por su patrón, usted tiene la derecha de solicitar una audiencia antes de un workers' juez de la remuneración.

(6) La oficina de Workers' La remuneración no puede proporcionar asesoramiento jurídico. Sin embargo, usted puede entrar en contacto con la oficina de Workers' Remuneración para la información de carácter general adicional en: Oficina de Workers' Remuneración, calle del sur de 1171 Cameron, sitio 103, Harrisburg, Pennsylvania 17104-2501; número de teléfono dentro de Pennsylvania (800) 482-2383; número de teléfono fuera de la esta Commonwealth (717) 772-4447; Equipo teleescritor (800) 362-4228 (para la audiencia y el discurso deteriorados solamente); www.state.pa.us, palabra clave del PA: compartimiento de los trabajadores.

ACUSE INICIAL DEL EMPLEADO DE RECIBO DE WORKERS' INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN

RECONOZCO POR ESTE MEDIO QUE HE RECIBIDO Y LEÍ EL WORKERS' LA INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN PROPORCIONÓ ADJUNTO.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha

ACUSE DE EMPLOYEE DE RECIBO DE WORKERS' INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN EN O PRONTO DESPUÉS DE LA ÉPOCA DE LA LESIÓN DE TRABAJO DEMANDADA

RECONOZCO POR ESTE MEDIO QUE HE RECIBIDO Y RELEÍA OTRA VEZ EL WORKERS' LA INFORMACIÓN DE LA REMUNERACIÓN PROPORCIONÓ ADJUNTO.

Nombre del empleado

Firma del empleado

Fecha