



Thank you for choosing The Hanover for your Workers' Compensation needs. We are pleased to provide you with some information regarding future filing of claims, and other state specific information that will assist you with your claims reporting. You will find this information in the enclosed packet.

The Hanover has four methods for reporting new workers' compensation losses:

- Phone In: Call 1-800-628-0250, follow prompts for reporting WC new losses.
- Fax In: Fax completed First Report to 1-800-762-7788
- Online: [www.hanover.com](http://www.hanover.com) Choose "Report a Claim" at the top of the page, then choose "Workers' Compensation Claim" under Business Claims.
- E-Mail: E-mail completed First Report of Injury to [WCNEWLOSSES@hanover.com](mailto:WCNEWLOSSES@hanover.com)

All four options are available 24 hours per day, 7 days per week. Upon receipt and entry of your claim into our system, your agent will receive a notification of the claim for their records. This occurs within 1 business day of receipt of your report.

The most essential part of a workers' compensation claim is prompt notification to us to allow prompt investigation, payment of benefits to your injured worker if appropriate, and to avoid any potential for late filing penalties that may be assessed by your state.

**Welcome to The Hanover.**

**We look forward to working with you.**

## A Guide for Workers Recently Hurt on the Job

### How do I file a claim?

- Notify your employer and a health care provider **of your choice** about your job-related injury or illness as soon as possible. Your employer cannot choose your health care provider for you.
- Ask your employer the name of its workers' compensation insurer.
- Complete **Form 801, "Report of Job Injury or Illness,"** available from your employer and **Form 827, "Worker's and Health Care Provider's Report for Workers' Compensation Claims,"** available from your health care provider.

### How do I get medical treatment?

- You may receive medical treatment from the health care provider **of your choice**, including:
  - Authorized nurse practitioners
  - Chiropractic physicians
  - Medical doctors
  - Naturopathic physicians
  - Oral surgeons
  - Osteopathic doctors
  - Physician assistants
  - Podiatric physicians
  - Other health care providers
- The insurance company may enroll you in a managed care organization at any time. If it does, you will receive more information about your medical treatment options.

### Are there limitations to my medical treatment?

- **Health care providers may be *limited* in how long they may treat you and whether they may authorize payments for time off work.** Check with your health care provider about any limitations that may apply.
- **If your claim is denied, you may have to pay for your medical treatment.**

### If I can't work, will I receive payments for lost wages?

- You may be unable to work due to your job-related injury or illness. In order for you to receive payments for time off work, your health care provider must send written authorization to the insurer.
- Generally, you will not be paid for the first three calendar days for time off work.
- You may be paid for lost wages for the first three calendar days if you are off work for 14 consecutive days or hospitalized overnight.
- If your claim is denied within the first 14 days, you will not be paid for any lost wages.
- Keep your employer informed about what is going on and cooperate with efforts to return you to a modified- or light-duty job.

### What if I have questions about my claim?

- The insurance company or your employer should be able to answer your questions.
- If you have questions, concerns, or complaints, you may also call any of the numbers below:

#### **Ombudsman for Injured Workers:**

##### **An advocate for injured workers**

Toll-free: 800-927-1271

E-mail: [oiw.questions@state.or.us](mailto:oiw.questions@state.or.us)

#### **Workers' Compensation Compliance Section**

Toll-free: 800-452-0288

E-mail: [workcomp.questions@state.or.us](mailto:workcomp.questions@state.or.us)

**Do I have to provide my Social Security number on Forms 801 and 827? What will it be used for?** You do not need to have an SSN to get workers' compensation benefits. If you have an SSN, and don't provide it, the Workers' Compensation Division (WCD) of the Department of Consumer and Business Services will get it from your employer, the workers' compensation insurer, or other sources. WCD may use your SSN for: quality assessment, correct identification and processing of claims, compliance, research, injured worker program administration, matching data with other state agencies to measure WCD program effectiveness, injury prevention activities, and to provide to federal agencies in the Medicare program for their use as required by federal law. The following laws authorize WCD to get your SSN: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).

440-3283 (07/10/DCBS/WCD/WI:B)

## Una Guía para Trabajadores Lesionados Recientemente en el Trabajo

### ¿Cómo presento un reclamación?

- Lo más pronto posible notifique de su lesión o enfermedad en el trabajo a su empleador y a un proveedor médico **de su elección**. Su empleador no puede elegir el proveedor médico para usted.
- Pregunte a su empleador el nombre de su compañía de compensación para trabajadores.
- Complete la **Forma 801, "Reporte de Lesión o Enfermedad en el Trabajo"** la forma puede ser obtenida de su empleador. También llene la **Forma 827, "Reporte del Trabajador y del Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores"** esta forma puede ser obtenida de su proveedor médico.

### ¿Cómo obtengo tratamiento médico?

- Usted puede recibir tratamiento médico de un proveedor médico **de su elección**, incluyendo:
  - Enfermeras(os) practicantes autorizadas(os)
  - Médicos Quiroprácticos
  - Médicos
  - Médicos Naturopáticos
  - Cirujanos Orales
  - Médicos Osteopáticos
  - Asistentes de doctor
  - Médicos Podólogos
  - Otros proveedores médicos
- La compañía de seguros puede inscribirlo en una organización de manejo del cuidado médico a cualquier momento. Si la compañía lo hace, usted recibirá más información acerca de las opciones para tratamiento médico.

### ¿Existen limitaciones en mi tratamiento médico?

- **Los proveedores de cuidado médico pueden tener limitaciones en cuanto a la duración de su tratamiento y en cuanto a la autorización de pago por tiempo fuera del trabajo.** Pregunte a su proveedor médico cuales son las limitaciones que pueden aplicarse.
- **Si su reclamación es negada, es posible que usted tenga que pagar por su tratamiento médico.**

### Si no puedo trabajar, ¿recibiré pagos por salario perdido?

- Es posible que no pueda trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Para que usted pueda recibir pago por tiempo fuera del trabajo, su proveedor médico debe enviar una autorización escrita a la aseguradora.
- Generalmente, usted no recibirá pagos por tiempo perdido por los tres primeros días calendarios.
- Es posible que reciba pago por los tres primeros días calendarios, si usted pierde de trabajar por 14 días consecutivos, o es hospitalizado durante un día incluyendo la noche.
- Si su reclamación es negada dentro de los primeros 14 días, no se le pagará por ningún salario perdido.
- Mantenga informado a su empleador acerca del estado de la reclamación y coopere con los esfuerzos para que regrese a trabajar en un trabajo modificado o liviano.

### ¿A quién puedo llamar si tengo preguntas acerca de mi reclamación?

- La compañía de seguros o su empleador pueden responder a sus preguntas.
- También puede llamar a los siguientes números:

#### **Ombudsman para Trabajadores Lesionados:**

Número gratuito: 1-800-927-1271

E-mail: [oiw.questions@state.or.us](mailto:oiw.questions@state.or.us)

#### **Sección de Cumplimiento de Compensación para Trabajadores:**

##### **Consultores de Beneficios**

Número gratuito: 1-800-452-0288

E-mail: [workcomp.questions@state.or.us](mailto:workcomp.questions@state.or.us)

**¿Debo proveer mi número de seguro social en las formas 801 y 827? ¿Para que será usado?** Usted no necesita tener un número de seguro social para recibir beneficios de compensación para trabajadores. Si usted tiene número de seguro social y no lo provee, la División de Compensación para Trabajadores (WCD) del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios lo obtendrá de su empleador, de su aseguradora de compensación para trabajadores, o de otros recursos. WCD puede usar su número de seguro social para intercambio de datos con el Departamento de Empleo, corregir identificación y procesamiento de reclamaciones, cumplimiento, investigación, administración de un programa para trabajadores lesionados, comparación de datos con otras agencias del estado para medir la efectividad de programas de WCD, actividades para prevención de lesiones, y para proveerlo a agencias federales en el programa de Medicare para su uso como está requerido por la ley federal. Las siguientes leyes autorizan a WCD a obtener su número de seguro social: the Privacy Act of 1974, 5 USC § 552a, Section (7)(a)(2)(B); Oregon Revised Statutes chapter 656; and Oregon Administrative Rules chapter 436 (Workers' Compensation Board Administrative Order No. 4-1967).

## Report of Job Injury or Illness

Workers' compensation claim

To make a claim for a work-related injury or illness, fill out the worker portion of this form and give it to your employer. **If you do not intend to file a workers' compensation claim with the insurance company, do not sign the signature line.** Your employer will give you a copy.

Information ABOVE this line; date of death, if death occurred; and Oregon OSHA case log number must be released to an authorized worker representative upon request.

## Employer

Employer legal business name:		Phone:		FEIN:	
If worker leasing company, list client business name:				Client FEIN:	
Address of principal place of business (not P.O. Box):				Insurance policy no.:	
Street address from which worker is/was supervised:				Nature of business in which worker is/was supervised:	
Address where event occurred:				ZIP:	
Was injury caused by failure of a machine or product, or by a person other than the injured worker? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
Were other workers injured? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				OSHA 300 log case no:	
Date employer knew of claim:	Date worker returned to work:	Worker's weekly wage: \$	Date worker hired:	If fatal, date of death:	
Employer signature:		Name and title (please print):			Date:

801