

FORM 2

WORKERS' COMPENSATION COURT
1915 NORTH STILES
OKLAHOMA CITY, OK 73105-4918

EMPLOYER'S FIRST NOTICE OF INJURY

THIS SPACE FOR COURT USE ONLY

Send original to
Workers' Compensation Court and 1 copy to
Insurance Carrier
Please type or print. Enter all dates in MM/DD/YY format.

Full Name of Employee - LAST, FIRST, MIDDLE			
Complete Address		City	State
Telephone Number		Social Security Number	
Date of Birth	Sex	Length of Employment Years _____ Months _____	
Average Weekly Wage	Occupation (job description)		Was employment agreement made in Oklahoma? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

NOTE: Mediation is available to address certain workers' compensation disputes. For information, call (405) 522-8760 or in-state toll free (800) 522-8210.

Date of accident or last exposure	Time of accident or exposure _____ o'clock AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Date Employer Notified	Time workday began _____ o'clock AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
Last date employee worked	Has employee returned to work? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, on what date _____	Did the employee die? YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, on what date _____	
OSHA Log Case #	Place of Accident or Occurrence City: _____ County: _____ State: _____		
Injury Resulted from: Single Incident <input type="checkbox"/> Cumulative Trauma <input type="checkbox"/>	Does employee participate in a certified workplace medical plan: YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> If yes, name of CWMP: _____		
Nature of Injury or Illness			
Describe activities when injury occurred with details of how event occurred. Include object or substance which directly injured the employee.			
Identify part(s) of body involved in injury or illness			
Full Name and address of Treating Physician (please be complete)			
Employer's Insurance Carrier or Own Risk Group Name Trends International, LLC Address 5188 West 74th Street		Phone 317-388-4007 City Indianapolis	Policy/Self-Insured Number Policy Period—from 05/15/2014 to 05/15/2015 State IN Zip 46268
Employer's Name and Complete Address Name Hanover Address PO Box 15146		Federal ID# City Worcester	Phone # 800-628-0250 State MA Zip 01615
Type of business (Example: manufacturing, food service, construction)			SIC Number
Type of Ownership: Private <input type="checkbox"/>	State Government <input type="checkbox"/>	County Government <input type="checkbox"/>	Local Government <input type="checkbox"/>

Upon filing this Notice of Injury, permission is given to the Administrator of the Workers' Compensation Court, the Insurance Commissioner, the Attorney General, a District Attorney or their designees to examine all records relating to the notice, any matter contained in the notice, and any matter relating to the notice.

Any person receiving temporary disability benefits from an employer or the employer's insurance carrier shall promptly report in writing to the employer or insurance carrier any change in a material fact or the amount of income the employee is receiving or any change in the employee's employment status, occurring during the period of receipt of such benefits.

I hereby declare under penalty of perjury that I have examined this notice, and all statements contained herein, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct and complete. Any person who commits workers' compensation fraud, upon conviction, shall be guilty of a felony.

Signed this _____ day _____, _____

I hereby certify that this Form 2 was sent to the Workers' Compensation Court and a copy thereof to the insurer on the date described below:

Prepared by _____

Title _____, _____

SUBMISSION OF THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

A Form 2 must be sent to the Workers' Compensation Court and to the Employer's Workers' Compensation Insurance Carrier within 10 days, or a reasonable time thereafter, of learning that an employee has suffered an accidental injury which results in lost time beyond the shift, or requires medical attention away from the work site, fatal or otherwise. Form 2s filed with the Workers' Compensation Court are confidential and not subject to public disclosure except as authorized by law.

Oklahoma Workers' Compensation Notice and Instruction to Employers and Employees

All employees of this employer who are entitled to benefits of the Workers' Compensation Act are hereby notified that this employer has complied with all rules of the Workers' Compensation Court and that this employer has secured payment of compensation for all employees and their dependents in accordance with the Act. All employees are further notified this employer will furnish first aid, medical, surgical and any other like services required by law as well as payments of compensation to any injured employee as provided in the Workers' Compensation Act.

Any employee who has suffered a compensable injury covered by the Workers' Compensation Act shall be entitled to vocational rehabilitation services, including retraining and job placement, if, as a result of the injury, the employee is unable to perform the same occupational duties the employee was performing prior to the injury.

NOTE: Mediation is available to address certain workers' compensation disputes. For information, call (405) 522-8760 or in-state toll free (800) 522-8210.

The Oklahoma Workers' Compensation Court has a counselor program to provide information to injured workers, employers, and other interested parties. Counselors assist unrepresented parties to enable them to protect their rights under the workers' compensation system.



Carol Kilgore, CPP 317-388-4007

Signature of Employer

Hanover 800-628-0250

Insurer & Insurer Phone Number

Employee's Responsibilities in Case of Accidental Injury or Occupational Disease

If accidentally injured or affected by an occupational disease arising out of and in the course of employment, however slight, the employee should notify the employer immediately. If this employer is a partnership, notice shall be given to any partner. If this employer is a corporation, notice shall be given to any agent or officer of the corporation upon whom legal process may be served. Notice shall also be given to the person in charge of business at the location of operations where the injury occurred. Unless notice is given to the employer or medical treatment is rendered within thirty (30) days of injury, any claim for compensation may be forever barred.

If accidentally injured or affected by an occupational disease, the employee may file a claim for compensation with the Workers' Compensation Court. This employer is required to furnish the employee with appropriate forms to file a compensation claim.

A claim for compensation must be filed with the court within a period of time specified by statute, or be forever barred. Based on statute effective July 1, 2005, if a claim for compensation for any accidental injury or death is not filed with the Court within two (2) years from the date of the accidental injury or death or if a claim for compensation for occupational disease or cumulative trauma is not filed within two (2) years of either the last hazardous exposure or from the date the disease first became manifest, whichever last occurred, the claim for compensation may be forever barred. Provided, claims may be filed within two (2) years from the date of the last medical treatment authorized by the employer or payment of any compensation or remuneration paid in lieu of compensation. Post termination claims must be filed within six (6) months of termination of employment.

Any person receiving temporary disability benefits from an employer or the employer's insurance carrier shall promptly report in writing to the employer or insurance carrier any change in a material fact or the amount of income the employee is receiving or any change in the employee's employment status, occurring during the period of receipt of such benefits.

Employer's Responsibilities

The employer must provide employees with immediate first aid, medical and surgical care and other like services necessary. This applies to care for all injuries and illnesses arising out of and in the course of employment, regardless of their character. If an employee is injured and this results in the loss of time beyond his/her shift, or requires medical attention away from the work site (fatal or otherwise), the employer MUST file a Form 2 within ten (10) days of the notice of injury or a reasonable time thereafter. The employer must provide a copy of such Form 2 to the employer's workers' compensation insurance carrier, if any.

No agreement by any employee to pay any portion of premiums paid by the employer to maintain or carry compensation insurance as required by law shall be valid. Any employer who deducts money from the wages or salary of any employee for that purpose who is entitled to workers' compensation shall be guilty of a misdemeanor.

If the employer has notice of an undisputed injury and the employer's insurance carrier fails to commence weekly temporary total disability benefit payments due within the time provided by law, the insurer may be subject to a penalty of fifteen percent (15%) of the unpaid or delayed weekly benefits due and payable to the employee.

No agreement by any employee to waive workers' compensation rights and benefits shall be valid.

Any person who commits workers' compensation fraud, upon conviction, shall be guilty of a felony.

Workers' Compensation Court
 1915 North Stiles Avenue
 Oklahoma City, Oklahoma 73105-4918
 (405) 522-8600 WATS # 1-800-522-8210

Todos los trabajadores (los empleados) de este empleador (de este patrón) que tengan el derecho a recibir beneficios del Acta de Compensación para los Trabajadores son avisados por esta notificación que este empleador ha cumplido con todas las reglas de la Corte de Compensación para los Trabajadores y que este empleador ha obtenido pagos de compensación para todos los trabajadores y sus mantenidos de acuerdo con el Acta. También se les notifica a todos los trabajadores que este empleador proveerá primeros auxilios, servicios de asistencia médica y quirúrgica, y otros servicios similares requeridos por la Ley, así como pagos de compensación para los Trabajadores a cualquier trabajador lesionado (lastimado) tal como lo indica el Acta de Compensación de Trabajadores.

Cualquier trabajador que haya sufrido cubierta por el Acta de Compensación para los Trabajadores, tendrá el derecho a recibir servicios de enseñanza de oficios (rehabilitación profesional), incluyendo readiestramiento y colocación de empleo, si, con motivo de una lesión, el trabajador no puede desempeñar los mismos deberes profesionales que el trabajador desempeñaba antes de la lesión. La denegación de aceptar servicios de rehabilitación por parte del trabajador no disminuye en lo más mínimo los beneficios permisibles para el trabajador.

NOTA: Mediación es disponible en ciertos conflictos de compensación laboral, que pone a la disponibilidad de los trabajadores la Corte de Compensación. Los interesados deben llamar al (405) 522-8760 o al llamada gratis dentro de este estado (800) 522-8210 (llamada gratis) para más información.

La Corte de Compensación para los Trabajadores de Oklahoma tiene un equipo de consejeros (asesores) para proveerles información a los trabajadores lesionados y a los empleadores y otras partes interesadas. Consejeros suministran ayuda a las personas no representadas por abogados para protegerles sus derechos bajo el sistema de Compensación de Trabajadores.



Carol Kilgore, CPP 317-388-4007

Firma del Patrón

Hanover

800-628-0250

Compañía de Seguros

Número Telefónico de la Compañía de Seguros

Las Responsabilidades De Los Trabajadores En Caso De Lesión Accidental O Enfermedad Profesional

Si se lesiona (se lastima) accidentalmente o es afectado por una enfermedad profesional como resultado de, o en el transcurso de, su empleo, aún si es leve, el trabajador debe notificarle al empleador inmediatamente. Si dicho empleador es una sociedad colectiva, se le puede dar notificación a cualquier socio. Si el empleador es una sociedad anónima (corporación), se debe notificar a cualquier agente u oficial de la corporación autorizado a recibir notificación. También se debe dar notificación a la persona que esté a cargo del negocio en el lugar de operación del negocio en donde ocurrió la lesión. A menos que se le haya otorgado notificación al empleador o que se haya otorgado asistencia médica dentro de un plazo de treinta (30) días a partir de la lesión, cualquier reclamo por compensación podría estar exceptuado.

Si el trabajador se lesiona o es afectado por una enfermedad profesional, puede presentarle un reclamo para compensación a la Corte de Compensación para los Trabajadores. El empleador está requerido a proveerle al trabajador las formas apropiadas (los formularios) para poder presentar el reclamo de compensación.

Cualquier pretensión por compensación debe de entablarse con la Corte dentro del plazo de tiempo especificado por los Estatutos, o si no puede ser precluido indefinidamente a base de los Estatutos vigentes el 1 de Julio, 2005, si el trabajador no presenta el reclamo (la demanda) de compensación por lesión accidental o muerte dentro de un plazo de dos (2) años a partir desde la fecha del accidente, lesión o muerte, o si no se presenta un reclamo (demanda) por enfermedad profesional o por trauma acumulativo dentro de un plazo de dos (2) años desde la fecha en que estuvo expuesto al peligro por última vez o la fecha en que la enfermedad se manifestó por primera vez, cual ocurriera último, su reclamo (demanda) de compensación podría ser invalidado permanentemente. Sin embargo, se puede presentar un reclamo dentro de un plazo de dos (2) años a partir del último tratamiento médico rendido por el empleador de pago por cualquier compensación, o remuneración en lugar de compensación. Reclamos o pretensiones realizadas posteriormente al despido deben de ser entabladas dentro de un plazo de seis (6) meses después del despido del empleo.

Cualquier persona que reciba beneficios de incapacidad temporal de un empleador, o de la compañía de seguros ("aseguranza") que asegure al trabajador, deberá reportarle sin demora por escrito al patrón o a la compañía de seguros cualquier cambio en los hechos pertinentes, cambio en la cantidad de ingresos que el trabajador esté recibiendo, o cambio en su situación de empleo, que ocurra durante el plazo de tiempo en el que el trabajador esté recibiendo dichos beneficios.

Responsabilidades Del Empleador

El empleador debe rendirle de inmediato a los trabajadores primeros auxilios, atención médica, cirugía y otros servicios similares cuando sea necesario. Esto es igualmente aplicable para todas las lesiones y enfermedades que resulten del empleo o durante la labor, sin importar de que tipo sean. Si un trabajador se lesiona (se lastima) y esto resulta en que el trabajador pierda tiempo de trabajo, además del tiempo perdido en su turno de trabajo, o requiere asistencia médica en un lugar fuera del sitio de trabajo (lesión mortal o no), el empleador ESTA OBLIGADO a presentar la Forma 2 dentro de un plazo de diez (10) días a partir del día en que se le notificó que había ocurrido la lesión, o después de un plazo de tiempo razonable. El empleador debe suministrar presentar una copia de dicha Forma 2 a la compañía de seguros de Compensación para los Trabajadores, si tiene alguna.

No será válido ningún acuerdo entre un empleador y un trabajador de compartir el pago para mantener en vigor el seguro de compensación tal como lo requiere la Ley. Cualquier empleador que tome deducciones de dinero del sueldo o salario de un trabajador que tenga derecho a la compensación de trabajadores será culpable de un delito menor.

Si el empleador tiene notificación de una lesión incontrovertible y la compañía de seguros del trabajador falla en iniciar los pagos por beneficios semanales de incapacidad total temporal dentro del plazo de tiempo que requiere la Ley, la compañía de seguros puede estar sujeta a la imposición de una sanción del quince por ciento (15%) de los beneficios semanales impagados o pospuestos vencidos y pagaderos al trabajador.

Nunca se considerará válido ningún acuerdo por parte de cualquier trabajador a renunciar a sus derechos o beneficios de compensación para los trabajadores.

Cualquier persona que cometa fraude de compensación para los trabajadores, una vez se le haya procesado, será culpable de un delito mayor.

**Workers' Compensation Court
1915 North Stiles Avenue
Oklahoma City, Oklahoma 73105-4918
(405) 522-8600 WATS # 1-800-522-8210**