WORKER'S COMPENSATION NOTICE

Your employer is required to provide for payment of benefits under the Worker's Compensation Act of the State of Indiana.

Any employee who is injured while at work should report the injury immediately to their supervisor, employer, or designated representative.

The worker's compensation insurance carr	ier or the administrator for
TRENDS INTERNATIONAL LLC	is:
(name of company)	(name of insurance carrier or administrator)
THE HANOVER INSURANCE COMPA	ANY
(name of carrier/administ	trator)
440 LINCOLN STREET, P.O. BOX 15063	
(mailing address)	
WORCESTER, MA 01615	
(city, state, zip)	
(508)-855-1000	
(telephone number)	
Carol Kilgore, CP	P - 317-388-4007
(contact person)	

For more information about rights or procedures under the Indiana Worker's Compensation system, call or write:

Worker's Compensation Board of Indiana Ombudsman Division 402 W. Washington St., Rm W196 Indianapolis, IN 46204 (317) 232-3808 1-800-824-2667

NOTICIA DE COMPENSACION PARA TRABAJADORES

A su empleador le es requerido proveer pagos de beneficios bajo el Acta de Compensación para Trabajadores del Estado de Indiana.

Cualquier empleado que sea lesionado mientras esté trabajando debe reportar el accidente laboral inmediatamente a su supervisor, empleador o representante designado.

La compañía de seguro de compensación del trabajador o el administrador de la compañía TRENDS INTERNATIONAL LLC es:
(nombre de la compaňía)
THE HANOVER INSURANCE COMPANY
(nombre de la compañía de seguro/administrador)
440 LINCOLN ST P.O. BOX 15063
(dirección)
WORCESTER, MA 01615
(ciudad, estado, código postal)
(508)-855-1000
(número de teléfono)
CUSTOMER CARE CENTER
(persona de contacto)

Para más información acerca de sus derechos o los procedimientos bajo el sistema de compensación para trabajadores de Indiana, llame o escriba a:

Worker's Compensation Board of Indiana Ombudsman Division 402 W. Washington St., Rm W196 Indianapolis, IN 46204 (317) 232-3808 1-800-824-2667