NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' **COMPENSATION IN TEXAS**

To Report A Claim Contact: **ZURICH CLAIMS SERVICES** Telephone: 800-987-3373

COVERAGE: [Name of employer]	State of Oregon
has workers' compensation insurance coverage from [name of Zurich American Insurance Insuranc	of commercial insurance company] ompany in the event of
work-related injury or occupational disease. This coverage is	
insurance policy] Any injuries	s or occupational diseases which occur on or after that
date will be handled by [name of commercial insurance comp	
a person acting on the employee's behalf, must notify the em	
than the 30th day after the date on which the injury occurs of	
of an occupational disease, unless the Texas Department of Ir	
determines that good cause existed for failure to provide time	
with coverage information, in writing, when you are hired or	whenever the employer becomes, or ceases to be,
covered by workers' compensation insurance.	
EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free	
claim. Division staff will answer any questions you may have a	
for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistant	
calling 1-800-252-7031. The Office of Injured Employee Count	
employees and will explain your rights and responsibilities un	•
OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service rep	resentative in your local Division field office or by calling
1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).	24 hours toll from toloubour a mount of the mount
SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a unsafe conditions in the workplace that may violate occupation	
by law from suspending, terminating, or discriminating against	
an alleged occupational health or safety violation. Contact the	
	Pn
AVISO A LOS EMPLEADOS SOB	RE LA COMPENSACIÓN
PARA TRABAJADORES EN TEX	P
PARA IRABAJADORES EN IEX	A3
	dotto
COBERTURA: [Name of the employer]	otice
COBERTURA: [Name of the employer]tiene cobertura de seguros de compensación para trabajador	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company]
tiene cobertura de seguros de compensación para trabajador	State of Oregon
tiene cobertura de seguros de compensación para trabajador Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tra date of workers' compensation insurance policy]	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mando	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mand ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona edor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mand ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona ador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad oc	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona dor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mand ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocu Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] Un empleado o una persona ador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of
Zurich American Insurance Compared una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manda ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en	State of Oregon Tes con [name of the commercial insurance company] Tany para protegerle en caso Trabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective T/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad Tejada por [name of commercial insurance company] The empleado o una persona The dor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a The ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado The cupacional, al menos que el Departamento de The estate of Oregon The ses con [name of the commercial insurance company] The end of the commercial insurance company] The end of the commercial insurance company] The end of the commercial insurance company The end of
Zurich American Insurance Comparede una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mana ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad o Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona ador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of n inglés) (División) determine que existió una buena I tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación
Zurich American Insurance Compared una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manda zurich CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleado más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedado o Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadoro Workers' Compensation — TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la co	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad rejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de res (Texas Department of Insurance, Division of ren inglés) (División) determine que existió una buena l tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación rebertura cuando usted es contratado o cuando su
Zurich American Insurance Compade una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manda ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad os Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadoro Workers' Compensation — TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la co empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro	res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona dor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of n inglés) (División) determine que existió una buena Il tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación obertura cuando usted es contratado o cuando su o de compensación para trabajadores.
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tr date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocu Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la co empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion	res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad rejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o en la fecha en la que el empleado res (Texas Department of Insurance, Division of redor in inglés) (División) determine que existió una buena redor señalado. Su empleador tiene la obligación redorder cuando usted es contratado o cuando su redor de compensación para trabajadores. redorder de compensación gratuita sobre cómo presentar una
Zurich American Insurance Compade una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacionado de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] Un empleado o una persona dor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of n inglés) (División) determine que existió una buena Il tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación obertura cuando usted es contratado o cuando su o de compensación para trabajadores. na información gratuita sobre cómo presentar una de la División contestará cualquier pregunta que usted
Zurich American Insurance Compade una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la compensación adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesa.	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona ador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of in inglés) (División) determine que existió una buena el tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación el bertura cuando usted es contratado o cuando su o de compensación para trabajadores. In información gratuita sobre cómo presentar una de la División contestará cualquier pregunta que usted esará cualquier solicitud de resolución de disputas
Zurich American Insurance Compa de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tre date of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la co empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y proce relacionada con una reclamación. Usted puede obtener este to	State of Oregon res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] Un empleado o una persona idor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of in inglés) (División) determine que existió una buena Il tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación obertura cuando usted es contratado o cuando su o de compensación para trabajadores. Ina información gratuita sobre cómo presentar una de la División contestará cualquier pregunta que usted esará cualquier solicitud de resolución de disputas tipo de asistencia comunicándose con su oficina local
Zurich American Insurance Compade una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas el causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procerelacionada con una reclamación. Usted puede obtener este to de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficio	res con [name of the commercial insurance company] res con [name of the commercial insurance company] rany para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad rejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o en la fecha en la que el empleado redor cupacional, al menos que el Departamento de res (Texas Department of Insurance, Division of redor inglés) (División) determine que existió una buena redor tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación redor tura cuando usted es contratado o cuando su redo de compensación para trabajadores. rea información gratuita sobre cómo presentar una rede la División contestará cualquier pregunta que usted resará cualquier solicitud de resolución de disputas restripo de asistencia comunicándose con su oficina local redor insurance company] real para el Empleado Lesionado
Zurich American Insurance Compade una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procede de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficio (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y	res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] Un empleado o una persona dor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of in inglés) (División) determine que existió una buena Il tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación obertura cuando usted es contratado o cuando su o de compensación para trabajadores. la información gratuita sobre cómo presentar una de la División contestará cualquier pregunta que usted esará cualquier solicitud de resolución de disputas tipo de asistencia comunicándose con su oficina local ina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los
Zurich American Insurance Compade una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mane ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas el causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procerelacionada con una reclamación. Usted puede obtener este to de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficio	res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad ejada por [name of commercial insurance company] Un empleado o una persona dor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado cupacional, al menos que el Departamento de es (Texas Department of Insurance, Division of in inglés) (División) determine que existió una buena il tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación obertura cuando usted es contratado o cuando su o de compensación para trabajadores. ha información gratuita sobre cómo presentar una de la División contestará cualquier pregunta que usted esará cualquier solicitud de resolución de disputas tipo de asistencia comunicándose con su oficina local ina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los echos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación
Zurich American Insurance Comparate de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mana ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedado o Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas el causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procerelacionada con una reclamación. Usted puede obtener este de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Ofici (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus dere para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al	res con [name of the commercial insurance company] any para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad rejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o en la fecha en la que el empleado repacional, al menos que el Departamento de res (Texas Department of Insurance, Division of res in inglés) (División) determine que existió una buena redor tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación redor tiene la obligación redor tiene la obligación redor tiene la propera trabajadores. redor a información gratuita sobre cómo presentar una rede la División contestará cualquier pregunta que usted resará cualquier solicitud de resolución de disputas redor a sistencia comunicándose con su oficina local redor a sistencia comunicándose con su oficina local redor a sistencia gratuita a los rechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación recomunicándose con un representante de servicio al redor 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).
Zurich American Insurance Comparate de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mana ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad or Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas el causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procerelacionada con una reclamación. Usted puede obtener este de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Ofici (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus dere para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al LÍNEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACION	res con [name of the commercial insurance company] res con [name of the commercial insurance company] res con [name of the commercial insurance company] rahy para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective r/1/2025 . Cualquier lesión o enfermedad rejada por [name of commercial insurance company] . Un empleado o una persona redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o en la fecha en la que el empleado res (Texas Department of Insurance, Division of res (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. res (Texas Department of Insurance compensación de Insurance compensación of res (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. res (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. res (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insurance company) de compensación para trabajadores. red (Texas Department of Insur
Zurich American Insurance Comparate de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el tradate of workers' compensation insurance policy] ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será mana ZURICH CLAIMS SERVICES que actúe en nombre del empleado, debe notificar al emplea no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedado o Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadore Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas el causa para que no se haya notificado al empleador dentro de de proporcionarle a usted información por escrito sobre la coempleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporcion reclamación de compensación para trabajadores. El personal pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procerelacionada con una reclamación. Usted puede obtener este de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Ofici (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus dere para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al	res con [name of the commercial insurance company] res con [name of the commercial insurance company] rany para protegerle en caso rabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective 7/1/2025 Cualquier lesión o enfermedad rejada por [name of commercial insurance company] Un empleado o una persona redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a redor sobre una lesión o en la fecha en la que el empleado res (Texas Department of Insurance, Division of redor in inglés) (División) determine que existió una buena redor tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación redor cuando usted es contratado o cuando su redor de compensación para trabajadores. redor información gratuita sobre cómo presentar una rede la División contestará cualquier pregunta que usted resará cualquier solicitud de resolución de disputas restripo de asistencia comunicándose con su oficina local redor in inglés) también ofrece asistencia gratuita a los rechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación recomunicándose con un representante de servicio al reservicio al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). RES DE SEGURIDAD: La División cuenta con redel día para reportar condiciones inseguras en el área

alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.



PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

For State of Oregon Remote Workers - Required Notice

Reference Rule 110.101

- (a) In addition to the posted notice required by subsection (e) of this section, employers, as defined by Labor Code Section 406.001, shall notify their employees of workers' compensation insurance coverage status, in writing. This additional notice:
 - shall be provided at the time an employee is hired, meaning when the employee is required by federal law to complete both a W-4 form and an I-9 form or when a break in service has occurred and the employee is required by federal law to complete a W-4 form on the first day the employee reports back to duty;
 - shall be provided to each employee, by an employer whose workers' compensation insurance coverage is terminated or cancelled, not later than the 15th day after the date on which the termination or cancellation of coverage takes effect;
 - (3) shall be provided to each employee, by an employer who obtains workers' compensation insurance coverage, not later than the 15th day after the date on which coverage takes effect, as necessary to allow the employee to elect to retain common law rights under Labor Code Chapter 406;
 - (4) shall include the text required in the posted notice (see rule 110.101 (e)(1), (e)(2), (e)(3), (e)(4) for appropriate language); and
 - (5) if the employer is covered by workers' compensation insurance (subscriber) or becomes covered, whether by commercial insurance or through self-insurance as provided by the Texas Workers' Compensation Act (Act), shall include the following statement:

NOTICE TO NEW EMPLOYEES

"You may elect to retain your common law right of action if, no later than five days after you begin employment or within five days after receiving written notice from the employer that the employer has obtained workers' compensation insurance coverage, you notify your employer in writing that you wish to retain your common law right to recover damages for personal injury. If you elect to retain your common law right of action, you cannot obtain workers' compensation income or medical benefits if you are injured."





Job Safety and Health IT'S THE LAW!

All workers have the right to:

- A safe workplace.
- Raise a safety or health concern with your employer or OSHA, or report a workrelated injury or illness, without being retaliated against.
- Receive information and training on job hazards, including all hazardous substances in your workplace.
- Request a confidential OSHA inspection of your workplace if you believe there are unsafe or unhealthy conditions. You have the right to have a representative contact OSHA on your behalf.
- Participate (or have your representative participate) in an OSHA inspection and speak in private to the inspector.
- File a complaint with OSHA within 30 days (by phone, online or by mail) if you have been retaliated against for using your rights.
- See any OSHA citations issued to your employer.
- Request copies of your medical records, tests that measure hazards in the workplace, and the workplace injury and illness log.

This poster is available free from OSHA.

Contact OSHA. We can help.

Employers must:

- Provide employees a workplace free from recognized hazards. It is illegal to retaliate against an employee for using any of their rights under the law, including raising a health and safety concern with you or with OSHA, or reporting a work-related injury or illness.
- Comply with all applicable OSHA standards.
- Notify OSHA within 8 hours of a workplace fatality or within 24 hours of any work-related inpatient hospitalization, amputation, or loss of an eye.
- Provide required training to all workers in a language and vocabulary they can understand.
- Prominently display this poster in the workplace.
- Post OSHA citations at or near the place of the alleged violations.

On-Site Consultation services are available to small and medium-sized employers, without citation or penalty, through OSHA-supported consultation programs in every state.



NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING ASSISTANCE AVAILABLE IN THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM FROM THE OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

Have you been injured on the job? As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the Office of Injured Employee Counsel (OIEC). OIEC is the state agency that assists unrepresented injured employees with their claim in the workers' compensation system.

You can contact OIEC by calling its toll-free telephone number: 1-866-393-6432.

More information about OIEC and its Ombudsman Program is available at the agency's website (www.oiec.texas.gov).

OMBUDSMAN PROGRAM

What Is An Ombudsman? An Ombudsman is an employee of OIEC who can assist you if you have a dispute with your employer's insurance carrier. An Ombudsman's assistance is free of charge. Each Ombudsman has completed a comprehensive training program designed specifically to assist you with your dispute.

An Ombudsman can help you identify and develop the disputed issues in your case and attempt to resolve them. If the issues cannot be resolved, the Ombudsman can help you request a dispute resolution proceeding at the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation.

Once a proceeding is scheduled an Ombudsman can:

- Help you prepare for the proceeding (Benefit Review Conference and/or Contested Case Hearing);
 - Attend the proceeding with you and communicate on your behalf; and
 - Assist you with an appeal or a response to an insurance carrier's appeal, if necessary.



Figure 28 TAC §276.5(c) - September 2022

Aviso Para Los Empleados Sobre La Asistencia Disponible En El Sistema De Compensación Para Trabajadores Por Parte De La Oficina De Asesoría Pública Para El Empleado Lesionado

¿Se ha lesionado en el trabajo? Como empleado lesionado en Texas, usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel –OIEC, por su nombre y siglas en inglés). OIEC es la agencia estatal que asiste a los empleados lesionados que no cuentan con representación legal con su reclamación en el sistema de compensación para trabajadores.

Usted puede comunicarse con OIEC llamando a su número de teléfono gratuito: 1-866-393-6432.

Más información sobre OIEC y sobre el Programa de Ombudsman se encuentra disponible en el sitio web de la agencia (www.oiec.texas.gov).

Programa de Ombudsman

¿Qué es un Ombudsman? Un Ombudsman es un empleado de OIEC que le puede asistir si usted tiene una disputa con la aseguradora de su empleador. La asistencia por parte del Ombudsman es gratuita.

Cada Ombudsman ha completado un extenso programa de capacitación, el cual ha sido diseñado específicamente para asistirle a usted con su disputa.

Un Ombudsman puede ayudarle a identificar y desarrollar los asuntos en disputa en su caso e intentar resolverlos. Si los asuntos no pueden ser resueltos, el Ombudsman puede ayudarle a solicitar un procedimiento de resolución de disputas ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés).

Una vez que el procedimiento ha sido programado, el Ombudsman puede:

- Ayudarle a prepararse para el procedimiento (Conferencia para Revisión de Beneficios [Benefit Review Conference, por su nombre en inglés] y/o Audiencia para Disputar Beneficios [Contested Case Hearing, por su nombre en inglés]);
 - Asistir al procedimiento con usted y hablar en su nombre; y
 - Ayudarlo a usted con una apelación o con una respuesta a la apelación de una aseguradora, si es necesario.

