

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 carrier or the administrator for
NORWICH UNIVERSITY is: **MEMIC Indemnity Company**

(name of company) (name of insurance carrier or administrator)

MEMIC Indemnity Company

(name of carrier/administrator)

PO Box 3606

(mailing address)

Portland, ME 04104

(city, state, zip)

1-800-636-4292

(telephone number)

Claims Customer Service

(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
NORWICH UNIVERSITY _____ es:

(nombre de la compañía)

MEMIC Indemnity Company

(nombre de la compañía de seguro/administrador)

PO Box 3606

(dirección)

Portland, ME 04104

(ciudad, estado, código postal)

1-800-636-4292

(número de teléfono)

Claims Customer Service

(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**