

# **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

**Business Insurers of Georgia, Inc.**

is:

(name of company)

**Next Level Administrators**

(name of insurance carrier or administrator)

**P.O. BOX 1061**

(mailing address)

**Bradenton, FL 34206**

(city, state, zip)

**1-877-306-6398**

(telephone number)

(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  
**Business Insurers of Georgia, Inc.** es:  
(nombre de la compañía)

**Next Level Administrators**  
(nombre de la compañía de seguro/administrador)

**P.O. BOX 1061**  
(dirección)

**Bradenton, FL 34206**  
(ciudad, estado, código postal)

**1-877-306-6398**  
(número de teléfono)

\_\_\_\_\_  
(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**