

**AVISO DE ACCIDENTE Y RECLAMO DEL EMPLEADO, REPRESENTANTE Ó DEPENDIENTE (G.S. 97-22 HASTA 24)**  
(Notice of Accident to Employer and Claim of Employee, Representative, or Dependent [G.S. 97-22 through 24])

IC File # \_\_\_\_\_  
Emp. Code # \_\_\_\_\_  
Carrier Code # \_\_\_\_\_  
Employer FEIN \_\_\_\_\_

**El uso de esta forma se requiere bajo las provisiones de la Ley de Compensación Laboral para empleados.**

The I.C. File # is the unique identifier for this injury. It will be provided by return letter and is to be referenced in all future correspondence.

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Domicilio del patrón \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono en el hogar \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Portador de Asegurancia \_\_\_\_\_

**EMPLEADO – Esta Forma debe ser enviada a la Comisión Industrial dentro los dos años siguiendo la fecha del la lesión o enfermedad laboral o su reclamo será excluído. Deberá avisarle a su empleador inmediatamente después del accidente o tan pronto sea posible dentro de 30 días. (Esta Forma debe ser usada también para reportar una enfermedad de oficio; sin embargo, para asbestosis, silicosis y byssinosis, La Forma 18B debe ser usada.)**

Aviso se da por este medio, segun los requisitos de la ley, que el empleado sufrió una lesión ó contrajo una enfermedad de oficio descrito como sigue: \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_. Describa la lesión ó enfermedad  
Hora de la lesión Fecha (Requerido) Ciudad y Condado  
incluyendo la parte del cuerpo específicamente envuelta (e.g.mano derecha, mano izquierda)  
Describe cómo ocurrió la lesión ó la enfermedad de oficio: \_\_\_\_\_

Ocupación el día del accidente: \_\_\_\_\_ Naturaleza del negocio del empleador: \_\_\_\_\_  
Número de días fuera del trabajo debido a la lesión: \_\_\_\_\_  
Recibió tratamiento medico: Si No  
Compensación semanal: \_\_\_\_\_ Número de horas que trabaja cada día: \_\_\_\_\_ Días que trabaja por semana: \_\_\_\_\_

**EMPLEADOR:** Este aviso se le envia conforme con los requisitos del Acta de Compensación Laboral de Carolina del Norte; para poder obtener los servicios médicos prescritos por el Acta; y, si está incapacitado más de 7 días, o si resulta en la muerte, la indemnización puede ser pagada según la ley.

Firma (Check One)  Empleado,  Abogado,  Representante, ó  Dependiente \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Número telefónico \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Fecha Completado \_\_\_\_\_

**AVISO – Si el lesionado no puede firmar esta forma, entonces otra persona puede firmar por él. Esta forma debe ser llenada a máquina si es posible, o con su letra en tinta negra. El trabajador debe quedarse con una copia, envíe el original a la Comisión Industrial a la dirección que esta escrita en el mismo formulario, y envíe una copia a su empleador.**

FORMA 18  
8/2008  
PAGE 1 OF 1

For IC use ONLY  
Nature \_\_\_\_\_  
Body \_\_\_\_\_  
Cause \_\_\_\_\_  
SIC \_\_\_\_\_  
Coder \_\_\_\_\_

**FORMA 18**

MAIL TO:

**first benefits**  
INSURANCE  
A Mutual Insurance Company Providing North Carolina Workers' Comp  
P.O. Box 471127  
Charlotte, NC 28247-1127