State of New Mexico
Workers' Compensation Administration

WHAT TO DO IF YOU'RE INJURED AT WORK

Notice

In most cases you must tell your employer about the accident within 15 days, using the Notice of Accident Form.

Support Services

You have the right to information and assistance from an information specialist known as an Ombudsman at the Workers' Compensation Administration.

Claims Information

Contact your employer's Claims Representative.

Your Rights

If you are injured in a work-related accident:
Your employer / insurer must pay all reasonable and necessary medical costs.

You may or may not have the right to choose your health care provider. If your employer / insurer has not given you written instructions about who chooses first, call an ombudsman. In an emergency, get emergency medical care first.

If you are off work for more than seven days, your employer / insurer must pay wage benefits to partially offset your lost wages.

If you suffer "permanent impairment," you may have the right to receive partial wage benefits for a longer period of time.

QUÉ HACER SI SE LESIONA EN EL TRABAJO

Aviso

En la mayoría de los casos usted debe de avisarle a su empleador del accidente dentro de los primeros 15 días usando las formas de Aviso de Accidente.

Servicios de Apoyo

Usted tiene el derecho a información y ayuda contactándose con un especialista en información conocido como "Ombudsman" en la Administración para la Compensación a los Trabajadores.

Información acerca de Reclamaciones

Contáctese con el representante de reclamaciones de su compañía.

Sus Derechos

Si se lastima en el trabajo:
Su empleador / asegurador debe de pagar por los gastos médicos necesarios y razonables.

Es posible que usted tenga, o no tenga, el derecho de escoger el proveedor de servicios para la salud. Si su empleador / asegurador no le ha dado instrucciones por escrito de quien es él que selecciona primero, pregúntele o llame a un ombudsman. En una emergencia, obtenga asistencia médica de emergencia primero.

Si usted está fuera del trabajo por más de siete días, su empleador / asegurador debe de hacerle un pago compensatorio de prestaciones para compensar parcialmente la pérdida de su salario.

Si usted sufre "daño permanente," usted puede tener el derecho a recibir prestaciones parciales de salario por un periodo de tiempo más largo.

Employer's Insurer / Claims Representative:
Aseguradora del Empleador / Representante de Reclamos:

Name: Omaha National Insurance Company (ONIC)
Phone #: 844-761-8400
Address: P.O. Box 451139, Omaha, NE, 68145

Employer must fill in insurer / claims representative information.
El empleador debe completar la información del asegurador / representante de reclamos.

If You Need HELP Call: 1-866-967-5667
Ask for an Ombudsman

Si Usted Necesita Ayuda Llame Al: 1-866-967-5667
Pregunte por un Ombudsman

Visit our website at: https://workerscomp.nm.gov

For FREE copies of this poster and Notice of Accident Forms call: 1-866-967-5667
EMPLOYER: You are required by law to display this poster where your employees can read it. Post the Notice of Accident forms with it.
The poster without the Notice of Accident forms does not comply with law. You have other rights and duties under the law.

POST FORMS HERE