

NOTICE
TO
EMPLOYEES



NOTICE
TO
EMPLOYEES

The Commonwealth of Massachusetts

DEPARTMENT OF INDUSTRIAL ACCIDENTS

LAFAYETTE CITY CENTER, 2 AVENUE DE LAFAYETTE, BOSTON, MA 02111

(617) 727-4900 – www.mass.gov/dia

As required by Massachusetts General Law, Chapter 152, Sections 21, 22 & 30, this will give you notice that I (we) have provided for payment to our injured employees under the above-mentioned chapter by insuring with:

Everest Denali Insurance Company

NAME OF INSURANCE COMPANY

477 Martinsville Rd, P.O. Box 830, Liberty Corner, NJ 07938

ADDRESS OF INSURANCE COMPANY

8600001089-201

POLICY NUMBER

07/09/2020-07/09/2021

EFFECTIVE DATES

NAME OF INSURANCE AGENT

ADDRESS

PHONE #

EMPLOYER

ADDRESS

EMPLOYER'S WORKERS' COMPENSATION OFFICER (IF ANY)

DATE

MEDICAL TREATMENT

The above named insurer is required in cases of personal injuries arising out of and in the course of employment to furnish adequate and reasonable hospital and medical services in accordance with the provisions of the Workers' Compensation Act. A copy of the First Report of Injury must be given to the injured employee. The employee may select his or her own physician. The reasonable cost of the services provided by the treating physician will be paid by the insurer, if the treatment is necessary and reasonably connected to the work related injury. In cases requiring hospital attention, employees are hereby notified that the insurer has arranged for such attention at the

NAME OF HOSPITAL

ADDRESS

TO BE POSTED BY EMPLOYER

AVISO PARA EMPLEADOS



AVISO PARA EMPLEADOS

The Commonwealth of Massachusetts DEPARTMENT OF INDUSTRIAL ACCIDENTS Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750 (617) 727-4900 - www.mass.gov/dia

De acuerdo con lo dispuesto por los artículos 21, 22 y 30 del capítulo 152 de las Leyes Generales de Massachussets, por el presente notificamos que hemos previsto el pago a nuestros empleados lesionados, conforme al capítulo antes mencionado, mediante un seguro con:

Everest Denali Insurance Company		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		
477 Martinsville Rd, P.O. Box 830, Liberty Corner, NJ 07938		
DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO		
8600001089-201	07/09/2020-07/09/2021	
NUMERO DE PÓLIZA	FECHAS DE VIGENCIA	
NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS	DOMICILIO	TELÉFONO
EMPLEADOR	DOMICILIO	
FUNCIONARIO DEL EMPLEADOR PARA ACCIDENTES DE TRABAJO (SI HUBIERA)		FECHA

TRATAMIENTO MÉDICO

En caso de lesiones personales ocurridas a raíz del trabajo o durante el trabajo, la aseguradora cuyo nombre aparece arriba debe prestar servicios médicos y hospitalarios adecuados razonables de acuerdo con lo dispuesto por la Ley de Accidentes de Trabajo. El empleado lesionado debe recibir una copia del Primer Informe de Lesión. El empleado puede elegir su propio médico. El costo razonable de los servicios prestados por el médico que asista en el caso será abonado por la aseguradora, siempre que el tratamiento sea necesario y esté razonablemente relacionado con la lesión ocupacional. En caso de que se necesite atención hospitalaria, por la presente se notifica a los empleados que la aseguradora ha dispuesto que esa atención sea prestada en:

NOMBRE DEL HOSPITAL	DOMICILIO
---------------------	-----------

ANUNCIO PUBLICADO POR EL EMPLEADOR