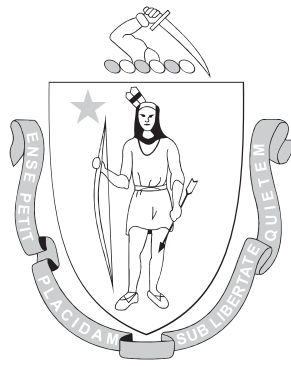


AVISO PARA EMPLEADOS



AVISO PARA EMPLEADOS

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

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:

Zurich American Insurance Company

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

1299 Zurich Way, Schaumburg, IL 60196-5870

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

3434770-22

NÚMERO DE PÓLIZA

1/1/2023 to 1/1/2024

FECHAS DE VIGENCIA

ODELL STUDNER GROUP

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

**200 N WARNER RD , STE
KING OF PRUSSIA, PA**

DOMICILIO

TELÉFONO

Innovative Employee Solutions, Inc.

EMPLEADOR

**2307 Fenton Pkwy, #107-615
San Diego, CA 92108**

DOMICILIO

March 23, 2023

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