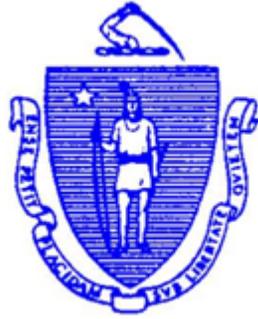


**AVISO PARA
EMPLEADOS**



**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:

Safety National Casualty Corporation

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

1832 Schuetz Road
St. Louis, MO 63146

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

PRP4063603

07/01/2022 - 07/01/2023

NÚMERO DE PÓLIZA

FECHAS DE VIGENCIA

MARSH USA INC.

1166 AVENUE OF THE AMERICAS
NEW YORK, NY 10036-2774

(212) 345-5000

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

DOMICILIO

TELÉFONO

BROWN UNIVERSITY

ATTENTION: DIRECTOR OF
RISK MANAGEMENT, BOX
1845

PROVIDENCE, RI 02912

EMPLEADOR

DOMICILIO

FUNCIONARIO DEL EMPLEADOR PARA ACCIDENTES DE TRABAJO (SI HUBIERA)

FECHA

Administrador Intermediario:

GALLAGHER BASSETT SERVICES, INC., (800) 437-1266

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