

NOTICE  
TO  
EMPLOYEES



NOTICE  
TO  
EMPLOYEES

# The Commonwealth of Massachusetts

## DEPARTMENT OF INDUSTRIAL ACCIDENTS

1 Congress Street, Suite 100, Boston, Massachusetts 02114-2017

617-727-4900 - <http://www.state.ma.us/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:

ZURICH AMERICAN INSURANCE COMPANY OF ILLINOIS

NAME OF INSURANCE COMPANY

P.O. Box 4030

Rocky Hill, CT 06067-4030

ADDRESS OF INSURANCE COMPANY

WC 5714187

3/31/2015 to 3/31/2016

POLICY NUMBER

68 S SERVICE RD STE 235

EFFECTIVE DATES

WORLD WIDE SPECIALTY PROGRAMS  
INC.

MELVILLE, NY 11747

(631) 390-0900

NAME OF INSURANCE AGENT

ADDRESS

PHONE #

WMBE PAYROLLING, INC.

9475 CHESAPEAKE DRIVE, SUITE A SAN DIEGO, CA 92123

EMPLOYER

ADDRESS

4/24/2015

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**

1 Congress Street, Suite 100, Boston, Massachusetts 02114-2017

617-727-4900 - <http://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 OF ILLINOIS

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

P.O. Box 4030

Rocky Hill, CT 06067-4030

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

WC 5714187

3/31/2015 to 3/31/2016

NÚMERO DE PÓLIZA

68 S SERVICE RD STE 235

FECHAS DE VIGENCIA

WORLD WIDE SPECIALTY

PROGRAMS INC.

MELVILLE, NY 11747

(631) 390-0900

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

DOMICILIO

TELÉFONO

WMBE PAYROLLING, INC.

9475 CHESAPEAKE DRIVE, SUITE A SAN DIEGO, CA 92123

EMPLEADOR

DOMICILIO

4/24/2015

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**