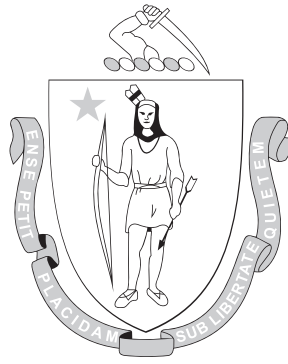


NOTICE  
TO  
EMPLOYEES



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](http://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:

**United Wisconsin Insurance Company**

NAME OF INSURANCE COMPANY

**P.O. Box 1061, Bradenton, FL 34206**

ADDRESS OF INSURANCE COMPANY

**WC611-00101-023-SZ**

**5/3/2023 to 1/1/2024**

POLICY NUMBER

EFFECTIVE DATES

NAME OF INSURANCE AGENT  
**Vensure HR Inc LCF Aviation Consulting  
Experts Inc**

ADDRESS  
**7 Char Dr  
Westfield, MA 01085**

PHONE #

EMPLOYER

ADDRESS

**May 25, 2023**

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. The employee may select his or her own physician. The reasonable and necessary costs of the services provided by the treating physician will be paid by the insurer if the treatment is connected to the work-related injury.

The above-named insurer has a preferred provider arrangement, in the cases requiring hospital attention, employees are hereby notified that the insurer has arranged for such care at:

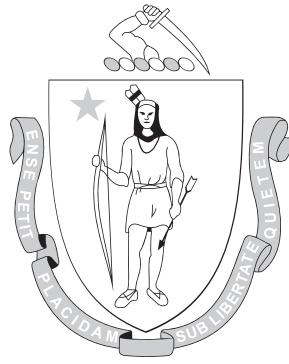
NAME OF HOSPITAL

ADDRESS

POSTING LOCATION: [Aviation Consul] 7 Char Dr, Westfield, MA 01085

**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

(617) 727-4900 – [www.mass.gov/dia](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 Massachusetts, por el presente notificamos que hemos previsto el pago a nuestros empleados lesionados, conforme al capítulo antes mencionado, mediante un seguro con:

#### **United Wisconsin Insurance Company**

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

**P.O. Box 1061, Bradenton, FL 34206**

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

**WC611-00101-023-SZ**

NÚMERO DE PÓLIZA

**5/3/2023 to 1/1/2024**

FECHAS DE VIGENCIA

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

**Vensure HR Inc LCF Aviation Consulting Experts Inc**

DOMICILIO

**7 Char Dr  
Westfield, MA 01085**

TELÉFONO

EMPLEADOR

DOMICILIO

**May 25, 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:

La aseguradora mencionada anteriormente tiene un acuerdo de proveedor preferido, en los casos que requieren atención hospitalaria, se notifica a los empleados que la aseguradora ha organizado dicha atención en:

NOMBRE DEL HOSPITAL

DOMICILIO

POSTING LOCATION: [Aviation Consul] 7 Char Dr, Westfield, MA 01085

## ANUNCIO PUBLICADO POR EL EMPLEADOR