

**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](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:

THE PMA COMPANIES

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

PO BOX 3031 380 SENTRY PARKWAY BLUE BELL PA 19422-0754 1-888-476-2669

DOMICILIO DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO

202475-48-64-96-3

07-01-2024 TO 07-01-2025

NÚMERO DE PÓLIZA

FECHAS DE VIGENCIA

WILLIS TOWERS WATSON NORTHEAST, INC. 200 N. WARNER ROAD, #300 KING OF PRUSSIA PA 19406

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

DOMICILIO

TELÉFONO

LEHIGH UNIVERSITY ATTN: KIM NIMMO 616 BROADHEAD AVE BETHLEHEM PA 18015-3011

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:

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

**ANUNCIO PUBLICADO POR EL EMPLEADOR**