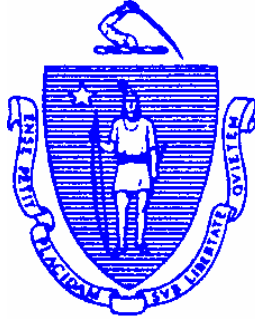


員工告示



員工告示

麻薩諸塞州 工傷部

Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750
(617) 727-4900 - www.mass.gov/dia

謹此依麻薩諸塞州普通法 152 章第 21、22 和 30 各節規定向您告知，我 (我們) 業已根據上述法令規定向下列公司投保，藉以為受傷員工付款：

保險公司名稱		
保險公司地址		
保單號碼	生效日期	
保險經紀姓名	地址	電話號碼
僱主	地址	
僱主的工傷賠償主管 (若有)	日期	

醫治

發生因工與工作期間內受傷時，上述保險人必需根據工傷賠償法規定，提供適當與合理的醫院以及醫療服務。受傷員工必須接獲第一份受傷報告。員工可以自行選擇他/她的醫生。如果所獲治療確屬必要且與其工傷有合理關聯，治療醫師所提供服務的合理費用將由保險人支付。若必需到醫院就醫，我們謹此告示員工，保險人已與下列單位做好就醫安排。

上述保險公司有安排優先提供者，在需要住院治疗的情況下，特此通知員工保險公司已安排此類護理：

醫院名稱	地址
------	----

由僱主張貼