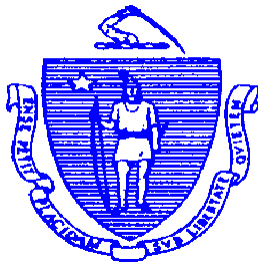


**AVISO AOS
EMPREGADOS**



**AVISO AOS
EMPREGADOS**

Estado de Massachusetts

Departamento de Acidentes de Trabalho

Lafayette City Center, 2 Avenue de Lafayette, Boston, MA 02111-1750

(617) 727-4900 – www.mass.gov/dia

Nos termos da Lei Geral do Estado de Massachusetts, Capítulo 152, Parágrafos 21, 22 e 30, avisam-se os empregados que eu/nós asseguro(amos) o pagamento dos meus/nossos empregados em caso de acidente de trabalho / doença profissional, nos termos legais, através da subscrição de um seguro de acidentes de trabalho na seguinte companhia:

_____ NOME DA COMPANHIA DE SEGUROS		
_____ ENDEREÇO DA COMPANHIA SEGUROS		
_____ N.º DA APÓLICE	_____ VALIDADE DO SEGURO	
_____ MEDIADOR	_____ ENDEREÇO	_____ N.º DE TELEFONE
_____ EMPRESA (SEGURADO)		_____ ENDEREÇO
_____ RESPONSÁVEL NA EMPRESA PELO SEGURO DE ACIDENTES(SE EXISTENTE))		_____ DATA

ASSISTÊNCIA MÉDICA EM CASO DE ACIDENTE

A seguradora acima referida deverá, nos casos de lesões corporais decorrentes ou no curso da actividade do segurado, proporcionar assistência médica ou hospitalar adequada e razoável, nos termos da Lei sobre Seguros de Acidentes de Trabalho. Uma cópia do Relatório Inicial de Acidente de Trabalho deverá ser entregue ao trabalhador acidentado. O trabalhador tem direito a seleccionar o seu médico assistente. A seguradora pagará os custos razoáveis dos serviços prestados pelo médico assistente, no caso de o tratamento ser necessário, desde que razoavelmente relacionados com a lesão profissional sofrida pelo trabalhador. Nos casos em que seja necessária assistência hospitalar, avisam-se os empregados de que a seguradora assegura a prestação dos serviços necessários no

_____ NOME DO HOSPITAL	_____ ENDEREÇO
---------------------------	-------------------

A AFIXAR PELA ENTIDADE EMPREGADORA