

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:

ALLMERICA FINANCIAL BENEFIT INSURANCE

NAME OF INSURANCE COMPANY

440 Lincoln Street, Worcester MA, 01653

ADDRESS OF INSURANCE COMPANY

W2S-J770595-01

POLICY NUMBER

06/20/2025

EFFECTIVE
DATES

HMS AGENCY, INC.

454 SAND CREEK RD

518-690-0360

NAME OF INSURANCE AGENT

ADDRESS

PHONE

DOCUMENTATION STRATEGIES INC.

15 2ND AVE

EMPLOYER

ADDRESS

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 Worker's 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:

ALLMERICA FINANCIAL BENEFIT INSURANCE

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO

DOMICILIO DE LA COMPANIA DE SEGURO

W2S-J770595-01

06/20/2025

NUMERO DE POLIZA

FECHAS DE VIGENCIA

HMS AGENCY, INC.

454 SAND CREEK RD

518-690-0360

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

DOMICILIO

TELEFONO

DOCUMENTATION STRATEGIES INC.

15 2ND AVE

EMPLEADOR

DOMICILIO

FUNCIONARIO DEL EMPLEADOR PARA ACCIDENTES DE TRABAJO (SI HUBIERA)

FECHA

TRATAMIENTO MEDICO

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 este 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