NOTICE TO EMPLOYEES

THE COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF INDUSTRIAL ACCIDENTS

IF YOU ARE INJURED ON THE JOB:

- **Immediately notify your employer that you have been injured.**

Employer HR/Workers' Compensation Contact Phone Number

- **Tell the medical provider that you have been injured at work and give the information below:**

Insurance Carrier	Address	Phone Number
OLD REPUBLIC COMMERCIAL RISK	380 SENTRY PKWY, PO BOX 3031, BLUE BELL, PA 19422-0754	1-888-476-2669

Employer	Address
VILLANOVA UNIVERSITY	800 LANCASTER AVENUE VILLANOVA PA 19085-1699

- **If the employer fails to report the injury to the insurer, the employee may file an Employee's Claim (Form 110).**
- **Additional information regarding your rights and eligibility for benefits pursuant the Workers' Compensation law may be obtained by contacting the Department of Industrial Accidents at 617.727.4900 or visiting www.mass.gov/dia.**

IF MEDICAL TREATMENT IS NEEDED:

Injured workers may select their own medical provider. Medical treatment costs that are reasonable, necessary, and related to the work injury will be paid by the above-named insurer.

If medical facility information is provided below, the above-named insurer has a preferred provider arrangement and the insurer has arranged for your initial treatment at:

Medical Facility: Address:

Phone Number:

EMPLOYER: THIS NOTICE MUST BE FILLED OUT AND POSTED WHERE EMPLOYEES CAN READ IT PURSUANT M.G.L. C. 152, SECTIONS 21, 22, 30, AND 75B (2). EMPLOYERS MAY NOT RETALIATE, DISCRIMINATE (IN ACCORDANCE WITH ANY APPLICABLE STATE OR FEDERAL LAWS WHICH INCLUDES IMMIGRATION STATUS), OR PROVIDE FALSE INFORMATION ABOUT THE WORKERS' COMPENSATION PROCESS TO THEIR EMPLOYEES. THIS NOTICE MUST BE UPDATED, POSTED AND REDISTRIBUTED WHEN THERE ARE CHANGES TO THE INFORMATION.

REVISED JUNE 2024

AVISO PARA EMPLEADOS

COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE ACCIDENTES INDUSTRIALES

SI USTED TIENE UN ACCIDENTE EN EL TRABAJO:

- **Avise inmediatamente a su empleador que tuvo un accidente.**

Contacto de RH del Empleador/Indemnización por Accidente Laboral | Número de Teléfono

- **Avise al proveedor médico que usted tuvo un accidente en el trabajo y proporcione la siguiente información:**

Compañía de Seguros	Dirección	Número de Teléfono
OLD REPUBLIC COMMERCIAL RISK	380 SENTRY PKWY, PO BOX 3031, BLUE BELL, PA 19422-0754	1-888-476-2669

Empleador	Dirección
VILLANOVA UNIVERSITY	800 LANCASTER AVENUE VILLANOVA PA 19085-1699

- **Si el empleador no informa el accidente a la compañía de seguros, el trabajador puede presentar un Reclamo del Empleado (Form. 110).**
- **Puede contactar al Departamento de Accidentes Industriales a través del 617.727.4900 o www.mass.gov/dia para obtener información adicional sobre sus derechos y elegibilidad para los beneficios según la ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo.**

SI SE REQUIERE TRATAMIENTO MÉDICO:

Los trabajadores que resulten lesionados pueden elegir sus propios proveedores médicos. Los costos por tratamientos médicos que sean razonables, necesarios y relativos al accidente laboral serán pagados por la compañía aseguradora que se menciona anteriormente.

Si se incluye información de una institución médica a continuación, significa que la compañía aseguradora mencionada tiene un acuerdo con un proveedor de preferencia para que su tratamiento inicial se realice en:

Institución Médica: | Dirección:

Número de Teléfono:

EMPLEADOR: ESTE AVISO DEBE COMPLETARSE Y PUBLICARSE EN UN LUGAR EN EL QUE LOS EMPLEADOS PUEDAN LEERLO, TAL COMO SE ESTABLECE EN M.G.L. C. 152, SECCIONES 21, 22, 30 Y 75B (2). LOS EMPLEADORES NO PODRÁN TOMAR REPRESALIAS, DISCRIMINAR (SEGÚN LO ESTABLECIDO PARA CUALQUIERA DE LAS LEYES ESTATALES O FEDERALES APLICABLES, INCLUYENDO LA CONDICIÓN MIGRATORIA), NI BRINDAR INFORMACIÓN FALSA SOBRE EL PROCESO DE INDEMNIZACION POR ACCIDENTE LABORAL A SUS EMPLEADOS. ESTE AVISO DEBE ACTUALIZARSE, PUBLICARSE Y DISTRIBUIRSE CADA VEZ QUE SE PRODUZCAN CAMBIOS EN LA INFORMACIÓN.

REVISADO EN JUNIO DE 2024