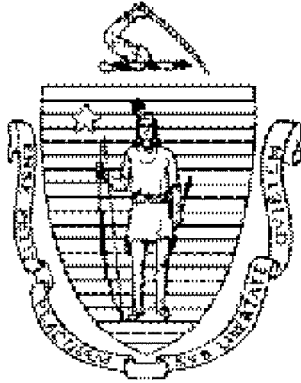


**NOTICE
TO
EMPLOYEES**



**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:

THE HANOVER INSURANCE COMPANY

NAME OF INSURANCE COMPANY
440 Lincoln Street, Worcester MA, 01653
ADDRESS OF INSURANCE COMPANY

WH2-H365877-01	10/01/2021
POLICY NUMBER	EFFECTIVE DATES

KIBBLE & PRENTICE HOLDING	825 NE MULTNOMAH ST # 1500	503-224-8390
NAME OF INSURANCE AGENT	ADDRESS	PHONE

VANDERHOUWEN & ASSOCIATES INC	6342 S MACADAM AVE
EMPLOYER	ADDRESS

EMPLOYER'S WORKERS' COMPENSATION OFFICER (IF ANY)	DATE
---	------

MEDICAL TREATMENT

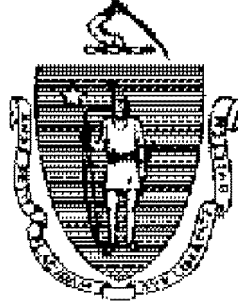
The above named insurer is required in cases of personal injuries arising out of and in the course of employment to furnish adequate and reasonable hospital and medical services in accordance with the provisions of the Worker's Compensation Act. A copy of the First Report of Injury must be given to the 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 articulos 21, 22 y 30 del capitulo 152 de las Leyes Generales de Massachussets, por el presente notificamos que hemos previsto el pago a nuestros empleados lesionados, conforme al capitulo antes mencionado, mediante un seguro con:

THE HANOVER INSURANCE COMPANY

NOMBRE DE LA COMPANIA DE SEGURO

DOMICILIO DE LA COMPANIA DE SEGURO

WH2-H365877-01

10/01/2021

NUMERO DE POLIZA

FECHAS DE VIGENCIA

KIBBLE & PRENTICE HOLDING

825 NE MULTNOMAH ST # 1500

503-224-8390

NOMBRE DEL AGENTE DE SEGUROS

DOMICILIO

TELEFONO

VANDERHOUEWEN & ASSOCIATES INC

6342 S MACADAM AVE

EMPLEADOR

DOMICILIO

FUNCIONARIO DEL EMPLEADOR PARA ACCIDENTES DE TRABAJO (SI HUBIERA)

FECHA

TRATAMIENTO MEDICO

En caso de lesiones personales ocurridas a raiz del trabajo o durante el trabajo, la aseguradora cuyo nombre aparece arriba debe prestar servicios medicos 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 Lesion. El empleado puede elegir su propio medico. El costo razonable de los servicios prestados por el medico que asista en el caso sera abonado por la aseguradora, siempre que el tratamiento sea necesario y este razonablemente relacionado con la lesion ocupacional. En caso de que se necesite atencion hospitalaria, por la presente se notifica a los empleados que la aseguradora ha dispuesto que esa atencion sea prestada en:

NOMBRE DEL HOSPITAL

DOMICILIO

ANUNCIO PUBLICADO POR EL EMPLEADOR

