

**Liberty Mutual Group MPN  
Form B - Employee Notification Confirmation**

In order to confirm that you have received appropriate notification regarding the Liberty Mutual Group Medical Provider Network (MPN) please complete and sign the attached form. This form must be returned to your employer at the time you first receive employee notification information about the MPN. This may occur at the time of your employer's MPN presentation, at the time of hire, at the time of your report of injury or at the time you transfer into the MPN.

\_\_\_\_\_  
(Employee Signature)

\_\_\_\_\_  
(Date)

\_\_\_\_\_  
(Print Employee Full Name)

\_\_\_\_\_  
(Name of Employer)

Any person who makes or causes to be made any knowingly false, or fraudulent material statement or material representation for the purposes of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

\_\_\_\_\_  
  
Con el fin de confirmar que usted ha recibido la notificación adecuada acerca de la Red de Profesionales de Servicios Médicos del Grupo Liberty Mutual (MPN) (*Liberty Mutual Group Medical Provider Network* (MPN)) por favor llene y firme la forma adjunta. Esta forma debe ser entregada a su empleador al momento en que reciba información de la notificación para empleados acerca de la MPN. Esto puede ocurrir al momento de la presentación de la MPN de su empleador, al momento de la contratación, al momento de su reporte de lesión o al momento de su traslado a la MPN.

\_\_\_\_\_  
(Firma del empleado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
(Nombre firma completo)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleador)

Cualquier persona que hace o provoca conscientemente cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta para propósitos de obtener o de negar los beneficios de compensación o pagos de los trabajadores es culpable de un delito grave.