

## DELAWARE

### INJURY STATEMENT IN YOUR OWN WORDS

Name			
Address		Telephone	
Email address		Occupation	Average weekly wage
Employer's name and address			
Date of birth		Social Security number	
Names and ages of dependents			
Date of accident	Time AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Place of accident	
Describe in detail what you were doing and what happened when the accident occurred.			
Continue on separate sheet, if necessary.			
Describe your injury.			
Names of witnesses or person(s) having knowledge of accident			
Name and address of attending physician			
Date of first visit	If seen by another physician(s), list the physician(s) name(s) and address(es)		
If still receiving treatment, how often do you visit your physician?	Did you lose time from work because of your injury? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Last day worked	Have you returned to work? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	If so, what date?	At what wage?
If still disabled, state present condition		When do you expect to return to work?	
Have you ever had a previous injury resulting in permanent or partial disability? If so, describe.			
Continue on separate sheet, if necessary.			

Date \_\_\_\_\_

Signed \_\_\_\_\_  
(Signature of injured employee)



1-800-282-7644 | [summitholdings.com](http://summitholdings.com)

Complete este formulario y envíelo por correo al Departamento de Reclamos de Summit, a la siguiente dirección:  
PO Box 2928, Lakeland, FL 33806-2928

## DELAWARE

# DECLARACIÓN DE LA LESIÓN EN SUS PROPIAS PALABRAS

Nombre			
Domicilio		Teléfono	
Correo electrónico		Ocupación	Salario semanal promedio
Nombre y domicilio del empleador			
Date of birth		Número de seguro social	
Nombres y edades de sus dependientes			
Fecha del accidente	Hora	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Lugar del accidente
Describa en detalle lo que estaba haciendo y qué ocurrió cuando tuvo lugar el accidente			
Continúe en hoja aparte, de ser necesario.			
Describa la lesión que sufrió			
Nombre de los testigos o personas con conocimiento del accidente			
Nombre y domicilio del médico que le atendió			
Fecha de la primera visita	Si lo atendió algún otro médico, enumere el(los) médico(s), su(s) nombre(s), domicilio(s)		
Si aún recibe tratamiento, ¿con qué frecuencia visita a su médico?	¿Perdió horas de trabajo por la lesión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Último día trabajado	¿Ha regresado al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si así fuera, ¿en qué fecha?	¿Con qué salario?
Si aún se encuentra convaleciente, indique su condición actual		¿Cuándo espera regresar al trabajo?	
En alguna vez, ¿Ha sufrido otra lesión que le haya provocado una discapacidad parcial o permanente? En caso afirmativo, describa lo ocurrido			
Continúe en hoja aparte, de ser necesario.			

Fecha \_\_\_\_\_ Comprendido y aceptado por \_\_\_\_\_  
[Signature de la persona lesionada]



1-800-282-7644 | summitholdings.com