

Please complete this form and mail to the Summit Claims department at PO Box 2928, Lakeland, FL 33806-2928

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

PM

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 No

Last day worked _____

Have you returned to work?

Yes No

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

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

PM

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 No

Último día trabajado _____

¿Ha regresado al trabajo?

Sí No

Sí 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