

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

DISTRICT OF COLUMBIA

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 person]

It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.



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

DISTRICT OF COLUMBIA

DECLARACIÓN DE LA LESIÓN EN SUS PROPIAS PALABRAS

Nombre			
Domicilio		Teléfono	
Correo electrónico		Ocupación	Salario semanal promedio
Nombre y domicilio del empleador			
Fecha de nacimiento		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 ☐	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 _____
(Firma de la persona lesionada)

Proporcionar información falsa o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar la compañía o cualquier otra persona constituye un delito. Las sanciones incluyen penas de prisión y/o multas. Además, la compañía de seguros puede denegar la cobertura si el solicitante proporcionó información falsa que sea relevante para la reclamación.



1-800-282-7644 | summitholdings.com