

MARYLAND

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]

Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.



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

MARYLAND

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]

Cualquier persona que, a sabiendas o intencionadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas o intencionadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas y pena de prisión.



1-800-282-7644 | summitholdings.com