

DECLARACIÓN DE TESTIGO

Envíe este formulario llenado por fax o e-mail a FAS, Inc. (972) 930-9479 o Email: CLAIMS@FASTPA.COM

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: TX CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: (____) _____ FAX: (____) _____ PÓLIZA # _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____ TELÉFONO PARTICULAR _____

DIRECCIÓN PARTICULAR _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

TÍTULO _____ DEPARTAMENTO _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

FECHA DEL INCIDENTE _____ TIEMPO DE INCIDENTE _____ A.M. P.M

ESTA DECLARACIÓN ES CON RESPECTO A MÍ CONOCIMIENTO DEL INCIDENTE ALEGADO.

1. NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO: _____
2. SI USTED NO ES EMPLEADO, LA RAZÓN POR SU PRESENCIA EN LA UBICACIÓN: _____

3. ¿ES USTED PARIENTE DEL EMPLEADO LESIONADO? _____ ¿COMO? _____
4. ¿QUE TANTO TIEMPO HA CONOCIDO A ESTE EMPLEADO? _____
5. FAVOR DE EXPLICAR DETALLOSAMENTE QUE CONOCE DE ESTE INCIDENTE: (DÉ LOS NOMBRES DE INDIVIDUOS, OBJETOS O EQUIPOS ESPECÍFICOS) _____

6. ¿ACTUALMENTE VEO EL INCIDENTE? _____ SI NO FUE ASÍ, ¿CÓMO OYÓ DEL INCIDENTE? _____

7. ¿SABE USTED DE CUALQUIER OTRA LESIÓN, INCIDENTE O ENFERMEDAD QUE ESTE EMPLEADO HA TENIDO? _____ SI CONTESTO "SI", EXPLÍQUELO: _____

8. DÉ LOS NOMBRES Y LAS DIRECCIONES DE CUALESQUIERA OTRAS PERSONAS QUIENES PUEDEN SABER DE ESTE INCIDENTE: _____

9. OBSERVACIONES ADICIONALES: _____

Yo DOY FE que las declaraciones y respuestas anteriores en el presente formulario son completas y ciertas, y que no ha sido omitida cualquier información.

Testigo: _____

Firma

Fecha: _____

Verificado por: _____

Firma

Fecha: _____

Traducido Por (Si Corresponde): _____ Fecha: _____

Cualquier persona quien de manear cómplice y / o con intenciones de dañar, defraudar, o engañar a una empresa de seguros o cualquier persona que registra una declaración de reclamo conteniendo información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y ser sujeto a penas criminales y penas civiles sustanciales.