

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO DE LESIÓN

ESTE INFORME DEBER SER LLENADO EN TOTAL POR EL EMPLEADO

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 # _____

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO:

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN PARTICULAR _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO (____) _____

INSTALACIÓN _____ OCUPACIÓN _____

FECHA DEL _____ DÍA DE LA _____ TIEMPO DEL TURNO DE TRABAJO _____

INCIDENTE ____ / ____ / ____ TIEMPO DE _____ A.M. P.M.. SEMANA _____ COMENZADO _____ A.M. P.M.

FECHA EN QUE LA LESIÓN FUE REPORTADA AL GERENTE ____ / ____ / ____ TIEMPO REPORTADA _____ A.M. P.M.

DIRECCIÓN DE LESIONES DONDE OCURRIÓ _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TELÉFONO (____) _____

UBICACIÓN EXACTA / ÁREA DONDE LESIONADO _____

DESCRIBA AL APARATO / EQUIPO INVOLUCRADO _____

DESCRIBA QUE ESTABA HACIENDO AL TIEMPO DEL INCIDENTE _____

DESCRIBA COMPLETAMENTE COMO OCURRIÓ EL INCIDENTE _____

¿CORRESPONDÍA UN DISPOSITIVO DE SEGURIDAD? SÍ NO ¿FUE UTILIZADO? SÍ NO

¿FUE LA LESIÓN CAUSADA POR LA FALTA DE USAR O OBSERVAR LAS REGLAS O REGLAMENTOS DE SEGURIDAD? SÍ NO
SI CONTESTA "SÍ", CUAL FUE LA REGLA _____

DESCRIBA LA NATURALEZA DE LA LESIÓN _____

PARTE(S) DEL CUERPO INVOLUCRADO(S) _____

¿HA TENIDO LA MISMA LESIÓN O UNA SIMILAR ANTES? SÍ NO SI CONTESTA "SI", DÉ LOS DETALLES _____

Yo, _____ (Empleado), el suscrito por el presente DOY FE que las declaraciones y respuestas anteriores en el presente formulario son completas y ciertas, y que no ha sido omitida cualquier información, y que yo hago tales declaraciones y respuestas de mí propia voluntad libre. Yo entiendo que mi empleador no tiene contratado seguro de Compensación de Trabajadores, y además, que cualesquiera pagos hechos a mí o a cualquier otra persona por gastos en conexión con el presente incidente y resultando en lesión no es una admisión de responsabilidad por parte de mi Empleador.

Firma del Empleado _____ Testigo: _____ Fecha: _____

Traducido por (sí 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.