

Injured worker SIGNS, returns to employer's office
Employer returns to S & C CLAIMS SERVICES, INC.



S&C Claims Services
SUPERIOR & COMPREHENSIVE

S & C CLAIMS SERVICES, INC.
3601 N. University Avenue, Suite 200
Provo, UT 84604
Tel (866) 221-3110
Toll Free (800) 362-5198
Fax (801) 623-6035

INJURED WORKER ACCIDENT STATEMENT
DECLARACION DEL ACCIDENTE DEL EMPLEADO

COMPANY NAME: _____
Nombre de la Compania/Empresa:

Injured Worker: _____
Nombre Del Trabajador Lesionado:

Social Security #: _____
Numero de Seguro Social:

Accident Date: _____
Fecha de Accidente:

Job Title: _____
Ocupacion:

Home Address: _____
Direccion:

Home Phone: _____ Age: _____ Sex: _____ Male _____ Female
Numero de Telefono: Edad: Sexo: Hombre Mujer

To who was the injury/illness reported? _____
A quien le reporto su accidente?

When was the injury/illness reported? Date: ____/____/____ Time: _____
Cuando reporto su accidente? Fecha: Hora:

Where did the accident occur? _____
En donde ocurrio el accidente?

LOCATION OF ACCIDENT/UBICACION DEL ACCIDENTE
Job site – Facility/Sitio De Trabajo : _____
Name & Address/Nombre y Direccion _____

Local Supervisor to whom you report: _____
Supervisor Local al cual usted se reporta?

Were there any witnesses? ____ Yes ____ No IF YES, who? _____
Hubo algun testigo? Si No Si asi fue, quien?

What were you doing at the time of the accident? (Please describe events leading to injury/ illness. Name any object or substance involved and how it was involved.)
Que estaba haciendo cuando sucedio el accidente? (Por favor describa que propicio el accidente. Mencione cualquier objeto o substancia involucrada en el accidente y de que manera fue involucrada.)

Were you hurt? Yes/Si No
Fue usted lesionado?

Injured worker SIGNS, returns to employer's office
Employer returns to S & C CLAIMS SERVICES, INC.



INJURED WORKER ACCIDENT STATEMENT
DECLARACION DEL ACCIDENTE DEL EMPLEADO

Continued

How did the accident occur? Please be specific. Name machine, tool, vehicle, substance, etc. in use at time of accident:

Como sucedio el accidente? Por favor especifique. Mencione maquinaria, herramienta, vehiculo, substancia, etc. en uso en el momento del accidente: _____

Describe injury/illness:

Describe lesion o enfermedad: _____

Did you seek medical attention?

Yes/Si

No

Recibio atencion medica?

If "YES," when did you seek medical attention?

Si asi fue, cuando recibio atencion medica? _____

Physician's name and address:

Nombre y direccion del medico que lo atendio? _____

How can you avoid and accident in the future?

Como puede usted evitar un accidente en el futuro? _____

How can the company help to avoid this type of accident?

Como puede la compania ayudar a evitar este tipo de accidente? _____

I understand that falsification of this statement, or any misrepresented information contained in this statement, can result in disciplinary action. *Entiendo que falsificacion de esta declaracion o dar cualquier informacion erronea en esta declaracion puede resultar en accion disciplinaria.*

Signature/Firma

Date/Fecha