

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

WITNESS ACCIDENT STATEMENT
DECLARACION DEL TESTIGO QUE PRESENCIO EL ACCIDENTE

Accident Date: ____/____/____ Location of Accident: _____
Fecha del Accidente: _____ Lugar del Accidente: _____

Injured Worker's Name: _____
Nombre del Empleado Lesionado: _____

Witness Name: _____
Nombre del Testigo: _____

Witness Home Address: _____
Direccion del Testigo: _____

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

Witness Job Title: _____
Ocupacion del Testigo: _____

Where did the accident occur? _____
Donde ocurrio el accidente: _____

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

What were you doing at the time of the accident? (Please be specific. Name machine, tool, vehicle, substance, etc.):
Que estaba haciendo en el momento que ocurrio el accidente? (Por favor, especifique. Mencione maquinaria, herramienta, vehiculo, substancia, etc.) _____

Describe in your own words how the accident occurred (Please be specific. Name machine, tool, vehicle, substance, etc.):
Describe en sus propias palabras como ocurrio el accidente. (Por favor, especifique. Mencione maquinaria, herramienta, vehiculo, substancia, etc.) _____

What was the injured person doing when the injury/illness occurred?
Que estaba haciendo la persona lesionada cuando la lesion o enfermedad ocurrio? _____

OVER

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



WITNESS ACCIDENT STATEMENT
DECLARACION DEL TESTIGO QUE PRESENCIO EL ACCIDENTE

Continued

Describe the injury/illness:

Describe la lesion o enfermedad: _____

Specifically, what did anyone do, or fail to do, that caused the accident:

Especifique claramente que hicieron o dejaron de hacer las demas personas para que este accidente ocurriera?

What did you do after the accident?

Que hizo usted despues del accidente? _____

Were there any other witnesses?

Yes/Si

No

Hubo algun otro testigo?

If "YES," give names and addresses or means of contact to them:

Si asi fue, favor de facilitar nombres, direcciones o algun otro metodo para obtener informacion adicional:

Did you seek medical attention?

Yes/Si

No

Solicito usted atencion medica?

If "YES," when:

Si contesto SI, cuando: _____

Physician's name and address:

Nombre del Medico y direccion: _____

How can this type of accident be avoided in the future?

Como se podria evitar este tipo de accidente en el futuro? _____

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 informacion erronea en esta declaracion puede resultar en accion disciplinaria

Signature/Firma

Date/Fecha