

FLORIDA

INJURY STATEMENT IN YOUR OWN WORDS

Name			Married or single		
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.					
<i>Continue on separate sheet, if necessary.</i>					
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.					
<i>Continue on separate sheet, if necessary.</i>					
"An injured employee or any other party making a claim under this chapter shall provide his or her personal signature attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the following statement: 'Any person who, knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any employer or employee, insurance company, or self-insured program, files a statement of claim containing any false or misleading information commits insurance fraud, punishable as provided in s. 817.234.' If the injured employee or other party refuses to sign the document attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the statement, benefits, or payments under this chapter shall be suspended until such signature is obtained." Fla. Stat. Ann. §440.105(7) (West 2018).					
Date _____		Signed _____ (Signature of injured person)			



Know the people who know workers' comp.SM

MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP

1-800-282-7644 | summitholdings.com

FLORIDA

DECLARACIÓN DE LA LESIÓN EN SUS PROPIAS PALABRAS

Nombre			Casado o soltero		
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 lo hizo?		¿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.					
“Un empleado lesionado o cualquier tercero que presente un reclamo conforme a este capítulo deberá proveer su firma para dar fe de haber revisado, comprendido y aceptado la siguiente declaración: “Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora, o programa de autoasegurado, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa cometerá un fraude en el seguro, punible conforme a lo establecido en s. 817.234”. Si el empleado lesionado o cualquier otra parte se rehusara a firmar el documento que da fe de haber revisado, comprender y aceptar la declaración, los beneficios o los pagos en virtud del presente capítulo se suspenderán hasta obtener dicha firma”. Est. Fl. Anot. §440.105(7) (West 2018).					
Fecha _____		Comprendido y aceptado por _____ (firma de la persona)			



Know the people who know workers' comp.SM

MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP

1-800-282-7644 | summitholdings.com