

# NORTH CAROLINA

## 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 <input type="checkbox"/>	Place of accident
		PM <input type="checkbox"/>	
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 and addresses 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Last day worked	Have you returned to work? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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>			
<p><b>"Any person who willfully makes a false statement or representation of a material fact for the purpose of obtaining or denying any benefit or payment, or assisting another to obtain or deny any benefit or payment under this Article, shall be guilty of a Class 1 misdemeanor if the amount at issue is less than one thousand dollars (\$1,000). Violation of this section is a Class H felony if the amount at issue is one thousand dollars (\$1,000) or more. The court may order restitution." N.C. Gen. Stat. § 97-88.2(a) (West 2019).</b></p>			
Signed _____		Date _____	
<small>(Signature of injured person)</small>			



Member of Great American Insurance Group

1-800-282-7644 | [summitholdings.com](http://summitholdings.com)

## CAROLINA DEL NORTE

# 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 <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	Lugar del accidente
Describa en detalle lo que estaba haciendo y qué ocurrió cuando tuvo lugar el accidente.			
<i>Continúe en hoja aparte, de ser necesario.</i>			
Describa la lesión que sufrió y enumere las partes del cuerpo que sufrieron lesiones.			
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Último día trabajado	¿Ha regresado al trabajo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si así fuera, ¿en qué fecha?	¿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.			
<i>Continúe en hoja aparte, de ser necesario.</i>			
<p>"Toda persona que realice deliberadamente una declaración o representación falsa de un hecho material con el fin de obtener o negar cualquier beneficio o pago, o de asistir a otra persona para obtener o negar cualquier beneficio o pago conforme a este Artículo, será culpable de un delito menor de Clase 1 si la suma en cuestión es inferior a mil dólares (\$1, 000). La violación de esta sección es un delito de Clase H si la suma en cuestión es igual o superior a mil dólares (\$1,000). La corte puede ordenar la restitución." Est. La. Anot. § 97-88.2(a) (West 2019).</p>			
Signed _____ (Signature of injured person)		Date _____	
 <p>Member of Great American Insurance Group</p> <p>1-800-282-7644   <a href="http://summitholdings.com">summitholdings.com</a></p>			