

SOUTH 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 ☐ 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, and list all body parts that were injured.					
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>					
Signed _____ (Signature of injured person)			Date _____		



Know the people who know workers' comp.SM

MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP

1-800-282-7644 | summitholdings.com

CAROLINA DEL SUR

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 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 ☐ No ☐		
Último día trabajado	¿Ha regresado al trabajo? Sí ☐ No ☐		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.					
Continúe en hoja aparte, de ser necesario.					
Firma _____			Fecha _____		
(Firma de la persona lesionada)					
 Know the people who know workers' comp.SM MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP					
1-800-282-7644 summitholdings.com					