

TEXAS

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 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>					
This authorization or photocopy thereof will authorize you to give the Summit Claims department or its representative all information you may have regarding my condition while under your observation or treatment, including the history obtained, X-ray and physical findings, diagnosis and prognosis. I understand the the receipt of temporary total disability benefits while I am working in my employment (including self-employment) is insurance fraud punishable as a felony offense.					
Date _____		Signed _____ (Signature of injured person)			



1-800-282-7644 | summitholdings.com

TEXAS

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?	¿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.			
Esta autorización, o fotocopia de la misma, autoriza que usted le suministre al departamento de Reclamos de Summit o su representante, toda la información que usted pueda tener con respecto a su condición mientras esté bajo observación o tratamiento, incluyendo el historial obtenido, hallazgos físicos y de rayos X, diagnóstico y pronóstico. Comprendo que recibir beneficios de discapacidad total temporal mientras esté trabajando en mi empleo (incluyendo el trabajo por cuenta propia) es un fraude al seguro, punible como un delito grave.			
Fecha _____		Firma _____ (Firma de la persona lesionada)	
summit[®] Know the people who know workers' comp.SM MEMBER OF GREAT AMERICAN INSURANCE GROUP			
1-800-282-7644 summitholdings.com			