

STATEMENT OF INJURED

Name		Married or single		
Address			Telephone	
Email address		Occupation		Average weekly wage
Employer's name and address				
Date of birth	Social Security number		Height	Weight
Right- or left-handed				
Names and ages of dependents				
Date of accident	Hour	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), 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?	If so, what date?		At what wage?
	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
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>				
Date	Signature of injured person			

This authorization or photocopy thereof will authorize you to give the Claims Center 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 that the receipt of temporary total disability benefits while I am working in any employment (including self-employment) is insurance fraud, punishable as a felony offense.

Date _____ Signed _____
(Signature of injured person)

Complete this form and send it to the Summit Claims Center in your area.



SUMMIT CLAIMS CENTER
CORPORATE OFFICE *Florida*
 PO Box 2928 • Lakeland, FL 33806-2928 • 863-665-6629 • 1-800-282-7644 • Fax 863-667-1871

SOUTHEAST REGION *Georgia, Indiana, Kentucky, North Carolina, South Carolina, Tennessee*
 PO Box 600 • Gainesville, GA 30503-0600 • 678-450-5825 • 1-800-863-2181 • Fax 770-718-9490

SOUTHWEST REGION *Alabama, Arkansas, Louisiana, Mississippi, Texas*
 PO Box 80793 • Baton Rouge, LA 70898-0793 • 225-928-0820 • 1-888-468-2539 • Fax 225-926-1226

DECLARACIÓN DE LA PERSONA LESIONADA

Nombre		Casado o soltero		
Dirección		Teléfono		
Dirección de correo electrónico		Ocupación		Salario promedio semanal
Nombre y dirección del empleador				
Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Altura	Peso	Diestro o zurdo
Nombres y edades de los dependientes				
Fecha del accidente	Hora	A.M. <input type="checkbox"/>	Lugar del accidente	
		P.M. <input type="checkbox"/>		
Describa en detalle lo que usted estaba haciendo y qué ocurrió cuando se produjo el accidente.				
<i>De ser necesario, continúe en otra hoja.</i>				
Describa su lesión.				
Nombres y direcciones de los testigos o la(s) persona(s) que tienen conocimiento del accidente				
Nombre y dirección del médico que le atendió				
Fecha de la primera visita	Si fue atendido por otro(s) médico(s), indique su(s) nombre(s) y dirección(es)			
Si aún está recibiendo tratamiento, ¿con qué frecuencia visita a su médico?	¿Se ausentó de su trabajo debido a esta lesión?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Último día de trabajo	¿Ha regresado al trabajo?	Si respondió sí, ¿en qué fecha?	¿Con qué salario?	
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si aún tiene una discapacidad, indique la condición actual			¿Cuándo piensa que podrá regresar al trabajo?	
¿Alguna vez tuvo una lesión previa que le haya causado una discapacidad permanente o parcial? Si respondió sí, descríbalas.				
<i>De ser necesario, continúe en otra hoja.</i>				
Fecha	Firma de la persona lesionada			

Mediante esta autorización o su fotocopia, usted estará autorizado para proporcionar al Centro de reclamaciones o a su representante toda la información que pueda tener sobre mi afección mientras me encuentre bajo su observación o tratamiento. Esto incluye la historia clínica obtenida, radiografías y observaciones del examen físico, diagnóstico y pronóstico.

Entiendo que recibir beneficios por discapacidad temporal total mientras me encuentro trabajando en cualquier empleo (incluido el empleo por cuenta propia) constituye fraude de seguro, que será penado como un delito grave.

Fecha _____ Firmado _____
(Firma de la persona lesionada)

Complete este formulario y envíelo al Centro de reclamaciones de Summit de su área.



Member of Great American Insurance Group

www.summitholdings.com

SUMMIT CLAIMS CENTER

CORPORATE OFFICE *Florida*

PO Box 2928 • Lakeland, FL 33806-2928 • 863-665-6629 • 1-800-282-7644 • Fax 863-667-1871

SOUTHEAST REGION *Georgia, Indiana, Kentucky, North Carolina, South Carolina, Tennessee*

PO Box 600 • Gainesville, GA 30503-0600 • 678-450-5825 • 1-800-863-2181 • Fax 770-718-9490

SOUTHWEST REGION *Alabama, Arkansas, Louisiana, Mississippi, Texas*

PO Box 80793 • Baton Rouge, LA 70898-0793 • 225-928-0820 • 1-888-468-2539 • Fax 225-926-1226