

FLORIDA STATEMENT OF INJURED

Name		Telephone		Married or single	
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"/>	PM <input type="checkbox"/>	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 and addresses of witnesses or person(s) having knowledge of accident					
Name and address of attending physician					
Date of first visit		If seen by other 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?		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.					
Date		Signature of injured person			

This authorization or photocopy thereof will authorize you to give the Summit 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.

An injured employee or any other party making a claim under Florida Statute 440.105(7) 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.

Date _____

Signed _____
(Signature of injured person)



CLAIMS CENTER

Summit includes Summit Consulting Inc. and its affiliates.

www.summitholdings.com

Complete this form and send it to the address below.

Summit Claims Center

P.O. Box 2928 • Lakeland, FL 33806-2928 • 1-800-282-7644 • (863) 665-6629

FLORIDA DECLARACIÓN DEL LESIONADO

Nombre		Teléfono		Casado o soltero	
Dirección		Ocupación		Promedio de salario semanal	
Nombre y dirección del patrón					
Fecha de nacimiento		Número del Seguro Social		Estatura	Peso
Tendencia a usar la derecha o la izquierda					
Nombres y edades de dependientes					
Fecha del accidente		Hora	AM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	Lugar del accidente
Describa en detalle lo que Ud. hacía, y que pasó cuando el accidente ocurrió.					
<i>Continúe en otra hoja, si es necesario.</i>					
Describa su lesión.					
Nombres y direcciones de testigos o personas que tienen conocimiento del accidente					
Nombre y dirección del médico que lo atiende					
Fecha de la primera visita		Si visto por otro(s) médico(s), incluya el nombre(s) y dirección(es) de cada doctor			
¿Si aún recibe tratamiento, cuán amenuado visita Ud. al médico?			¿Perdió tiempo de trabajo como resultado de la lesión?		
			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Último día trabajado		¿Ha regresado al trabajo?	¿Si es así, en qué fecha?		¿A qué salario?
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Si aún deshabilitado, exprese su condición presente				¿Cuándo espera regresar al trabajo?	
¿Alguna vez ha Ud. tenido una previa lesión resultando en discapacidad permanente or parcial? Si es así, describa la discapacidad.					
Fecha		Firma de la persona lesionada			

Esta autorización o su fotocopia le autorizará a Ud. a darle al Summit Claims Center o su representante toda la información que Ud. tenga relacionada a mi condición, mientras esté bajo su observación o tratamiento, incluyendo la historia obtenida, rayos-x y averiguaciones físicas, diagnosis y prognosis. Tengo entendido que el recibo de los beneficios por incapacidad o discapacidad temporaria total mientras estoy trabajando en cualquier empleo (incluyendo empleo propio) es fraude de seguro, castigable como ofensa de felonía.

Un trabajador lesionado o cualquier otra persona que haga una reclamación bajo el estatuto de Florida 440.105(7), proporcionará su firma personal testificando que él o ella ha revisado, entendido y tiene conocimiento de la siguiente declaración: "Cualquier persona que, sabiéndolo y con intención de perjudicar, defraudar, o engañar a cualquier compañía o empleado, compañía de seguro, o programa de auto aseguramiento, quien presente un informe de reclamación que contenga cualquier información falsa o engañosa, está cometiendo fraude de seguro, lo cual se castiga según la ley provee en s. 817.234." Si un empleado lesionado u otra persona se niega a firmar el documento atestiguanado que él o ella ha recibido, entiende y tiene conocimiento de esta declaración, se le suspenderán los beneficios o pagos bajo este capítulo hasta que se obtenga dicha firma.

Fecha _____

Firmado _____

(Firma de la persona lesionada)



CLAIMS CENTER

Summit includes Summit Consulting Inc. and its affiliates.

www.summitholdings.com

Complete el formulario y envíelo a la siguiente dirección:

Summit Claims Center

P.O. Box 2928 • Lakeland, FL 33806-2928 • 1-800-282-7644 • (863) 665-6629