

Business Insurers of Georgia

(Name of BIoFGA's Client Employing Injured Worker)

EMPLOYEE'S REPORT OF INCIDENT

COMPLETE ALL BLANKS

Date of This Report: _____ Date of Incident: _____

Name of Injured Worker: _____ SS#: _____

Birthdate: ____/____/____ Date Employee Reported Incident: _____

Home Address: _____ Home Phone: _____

City, State & Zip: _____ Marital Status: _____

Weekly (or Hourly) Wages: _____ Number of Dependents: _____

Time of Incident: _____ Time Employee Reported for Work Day of Incident: _____

Person Employee Reported Incident To: _____

Client Where Incident Occurred: _____

Address Where Incident Occurred: _____

Describe the incident in detail (how, why, where, what):

Type of Injury (cut, sprain, bruise, fracture, etc.): _____

Which part of body injured (be specific): _____

Are there any safety issues that contributed to this injury? If so, please detail:

List all witnesses to this incident:

List all prior injuries sustained at work and outside of work in the last 10 years that required medical attention (include dates, injuries, and body parts):

I, employee, the undersigned, certify that the above is a true and correct statement of fact and that I made such statements of my own free will. I understand that any payments to me or anyone else for expenses in connection with my accident and resulting injury is not an admission of liability on the part of **my employer and/or the Insurance Company**. I authorize full access to copies of medical records, radiology reports, drug/alcohol screenings, and documents of any kind relating to my past or present injury/illness to **my employer**. I hereby agree to release this information and hold all such medical providers harmless for the release of this information as set forth in this authorization. **"Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison."**

EMPLOYEE SIGNATURE

DATE OF REPORT

TRANSLATED by (if necessary)

The Employer & Business Insurers of Georgia will prosecute to the fullest jurisdictional extent for all fraudulent claims reported.

******REPORT DUE WITHIN 24 HOURS OF ACCIDENT******

Business Insurers of Georgia

(Nombre del cliente de BIoFGA / Empleador del trabajador lesionado)

REPORTE DE INCIDENTE POR PARTE DEL EMPLEADO LESIONADO

COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Fecha de este reporte: _____ Fecha del accidente: _____

Nombre del empleado lesionado: _____ SS#: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Fecha en la que el empleado reportó el accidente: _____

Dirección de vivienda: _____ Teléfono de habitación: _____

Ciudad, Estado & Código de área: _____ Estado Marital: _____

Paga semanal o por hora: _____ Número de Dependientes: _____

Hora del accidente: _____ Hora en la que el empleado comenzó a trabajar el día del accidente: _____

Persona a quien el empleado reportó el accidente: _____

Cliente donde ocurrió el accidente: _____

Dirección donde ocurrió el accidente: _____

Descripción del accidente en detalle (cómo, por qué, donde, qué):

Tipo de lesión (laceración, esguince, contusión, fractura, etc.): _____

Parte del cuerpo lesionado (sea específico): _____

Su lesión fue debida a alguna violación de seguridad? Explique:

Lista de testigos de su accidente:

Especifique cualquier lesión sostenida en los últimos 10 años, bien sea personal o de trabajo. Favor incluir fecha, tipo de lesión y parte del cuerpo:

Yo, empleado, el abajo firmante, certifico que lo anterior es una declaración de hechos verdadera y correcta y que hice tales declaraciones por mi propia voluntad. Entiendo que cualquier pago a mí o a cualquier otra persona por los gastos relacionados con mi accidente y la lesión resultante no es una admisión de responsabilidad **por parte de mi empleador y / o la Compañía de Seguros**. Autorizo el acceso completo a copias de registros médicos, informes de radiología, exámenes de detección de drogas / alcohol y documentos de cualquier tipo relacionados con mi lesión / enfermedad pasada o presente a **mi empleador**. Por la presente, me comprometo a divulgar esta información y eximir de responsabilidad a todos los proveedores médicos por la divulgación de esta información según lo establecido en esta autorización. **"Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal"**

_____/_____/_____
FIRMA DEL EMPLEADO FECHA TRADUCIDO por (de ser necesario)

El Empleador & Business Insurers de Georgia procesará en la mayor medida jurisdiccional por todos los reclamos fraudulentos reportados.

****** ESTE INFORME DEBE DE SER COMPLETADO Y ENTREGADO DURANTE LAS
PRIMERAS 24 HORAS LUEGO DEL ACCIDENTE ******