

DALLAS NATIONAL INSURANCE COMPANY
REPORTE DE LESION / HERIDA
COMPLETE TODA LA FORMA

FECHA Y HORA DE LESION: _____

Nombre Del Empleado Lesionado: _____ **# De Seguro Social:** _____

Direccion: _____ **Telefono de Domicilio:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Estado Civil:** _____ **# de dependientes:** _____ **Sexo: Hombre** _____ **Mujer** _____

Compania donde lesion ocurrio: _____

Direccion Del Lugar Donde Lesion Ocurrio: _____

Describe su lesion detalladamente (como, que se lesiono, donde, y porque ocurrio): _____

Tipo de Lesion (Cortada, Falsiada, Contusion, etc.): _____

Locacion del Cuerpo (Mano, Cabeza, Espalda, etc.): _____

Se requirio o se le dio equipo especial protectivo (Lentes Protectivos, Zapatos Especiales, Casco de Fierro)

Si _____ **No** _____ **Por favor indica que clase?** _____

El equipo era usado o se llevaba puesto a la hora de su lesion? Si _____ **No** _____ **Si no, porque?** _____

Conose alguna causa de seguridad que contribuya a su lesion? Si es si, explique porfavor: _____

Hubo Testigos de su lesion? Si _____ **No** _____ **Si su respuesta es si, escriba los nombres:**

Testigo: _____ **Testigo:** _____

Yo, (empleado), el firmante abajo certifico que la declaracion de hechos aqui menconado es verdadera y correcta, y que yo hize tal declaracion por mi propia voluntad. Yo entiendo que ademas que cualquier pago que se me haga a mi o alguien mas por los resultados de tal incidente / lesion no sean de nunguna forma admision de responsabilidad por parte de **DNIC**. Yo autorizo completamente el acceso de datos medicos, reportes de radiografia, criba de droga / alcohol. Y toda clase de documentos relacionado a mi lesion / herido de mi pasado o presente al **DNIC**. Yo estoy de acuerdo en el descargo de esta informacion y detengo cualquier proveedor medico inocente del descargo de esta informacion como puesto en esta autorizacion.

Firma del Empleado

Atestiguado Por

Fecha de Reporte

DALLAS NATIONAL INSURANCE COMPANY (DNIC)
REPORTE DE EL SUPERVISADOR
COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Este reportado fue llenado en _____ Fecha y Hora del Accidente _____

Nombre del lastimado (a) _____ SSN _____

Fecha de empleo ____/____/____ Fecha que empleado reporto la lastimacion ____/____/____

Occupacion de empleo _____ Horario de trabajo _____

Nombre de quien empleado reporto su lastimacion: _____

Nombre de la compania donde se lastimo: _____

Direccion donde se lastimo: _____

El empleado a perdido dias de el trabajo por causa de su lesion? (Si si, favor de poner to
dias que a perdido, y el dia que regresom, si acaso regreso.) _____

Descripcion de como paso el accidente (como, porque, donde, que) "Favor de explicar con **detalles**:"

Ay una tercera persona involucrada (otra compania o individual?) que es responsable? Si
si, favor de explicar y dar detalles: _____

Tipo de lastimacion (cortada, falciaada, moreton, fractura, etc.) _____

Que parte de el cuerpo fue lecionada? (favor de dar detalles) _____

Hubo cosas de seguridad que contribuyeron a el accidente? Si si, Favor de dar detalles: _____

Nombres de testigos: _____

Nombre de Hospital/Clinica: _____

Numero de telefono y direccion de hospital/Clinica _____

Usted sabe o a escuchado de alguna informacion que DNIC no sabe y debe saber sobre este reclamo?

Nombre del Supervisor: _____

Firma: _____

*Favor de asegurarse de que el reporte de el empleado y tentigo sean completas.

Mandar todas las forma completadas al (89:) ; ; 2-: 854