Informe del Supervisor del Incidente del Empleado

Gerente: Infórmenos sobre la lesión o el incidente de inmediato llamando a Omaha National al 844-761-8400, incluso si algunos espacios en este formulario están en blanco.

Empleado Lesionado

Nombre _____ Identificación del Empleado _____

Título de Trabajo _____ Nombre de la Compañía _____

Testigos ☐ Si ☐ No

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Nombre Numero Telefónico

Incidente

Fecha del Incidente _____ Hora del Incidente _____ ☐ AM ☐ PM

Fecha en que se Reporto _____ Hora en que se Reporto _____ ☐ AM ☐ PM

¿Estaba el empleado participando en tareas laborales en el momento del incidente? ☐ Si ☐ No

Descripción del Incidente:

Maquinas, materiales, herramientas, o equipo utilizado, manipulado, o involucrado:

Tipo de lesión y partes del cuerpo lesionadas:

Tratamiento Médico y Estatus de Trabajo

Primeros Auxilios Proporcionados ☐ No ☐ Si Describa _____

Perdió tiempo ☐ No ☐ Si Liste el/los día(s) _____

Regreso a trabajar ☐ No ☐ Si Fecha _____

Estatus de trabajo ☐ Fuera del trabajo ☐ Trabajo ligero ☐ Trabajo regular

Atención de emergencia ☐ No ☐ Si

Nombre del medico Nombre del Hospital

Medidas preventivas y correctivas sugeridas

¿Qué acciones se tomarán para prevenir futuros accidentes?

Completado por _____ Fecha _____

Firma _____ Titulo _____

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a claims@omahanational.com.

Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.