Declaración del Testigo de la Lesión o Incidente

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.

Información del Testigo

Nombre _____ Identificación del Empleado _____

Numero Telefónico _____ Nombre de la Compañía _____

Dirección _____ Ciudad, Estado y Código Postal _____

Otros Testigos ☐ Si ☐ No

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Nombre _____ Numero Telefónico _____

Nombre Numero Telefónico

Incidente

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

Nombre del Trabajador Lesionado _____ Hora en que fue Reportado _____ ☐ AM ☐ PM

Ubicación del Incidente _____

¿Usted observó el incidente que involucra al empleado? ☐ Si ☐ No

Si no es así, ¿Cómo se enteró usted del incidente?

Si es así, ¿que vio usted? (Use papel adicional o escriba en el reverso si necesita más espacio)

Tipo de lesión y partes del cuerpo afectadas:

¿Qué se puede hacer para evitar que un incidente como este vuelva a suceder?

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.