Declaración del accident de empleado

Muestra

Nombre del empleado:_____ Fecha y Hora del accidente: _____

Localización del accidente:_____Departamento: _____

Tarea que se estaba realizando: _____

Equipo que se estaba utilizando: _____

Parte del cuerpo que fue herida: _____

Declaración de acontecimientos:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

En un esfuerzo de hacer nuestro lugar de trabajo libre de accidentes, quisiéramos su ayuda para evitar que accidents como estos se vuelvan a repetir. Se pudo haber hecho algo para prevenir este accidente (entrenamiento adicional, otro tipo de equipamiento, aparatos protectores, etc)?

_____

_____

_____

_____

_____

Por favor, lea la siguiente declaración y firme la forma:

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no superará los $5000 y el valor declarado del reclamo por cada violación de esta naturaleza.

Firma del empleado:_____ Fecha_____

El empleado/a se negó a firma el fomulario? Sí [ ] (firma)

Firma del supervisor:_____Fecha _____