

Injured worker must sign & return to employer's office.
Employer returns to Benchmark Administrators, LLC.





Benchmark

ADMINISTRATORS

Benchmark Administrators, LLC
3601 N. University Avenue, Suite 200
Provo, UT 84604
Tel (801) 356-3196
Toll Free (866) 221-3110
Fax (801) 623-6035

INJURED WORKER ACCIDENT STATEMENT
DECLARACION DEL ACCIDENTE DEL EMPLEADO

COMPANY NAME: _____
Nombre de la Compania/Empresa:

Injured Worker: _____
Nombre Del Trabajador Lesionado:

Social Security #: _____
Numero de Seguro Social:

Accident Date: _____
Fecha de Accidente:

Job Title: _____
Ocupacion:

Home Address: _____
Direccion:

Home Phone: _____ Age: _____ Sex: Male Female
Numero de Telefono: Edad: Sexo: Hombre Mujer

To who was the injury/illness reported? _____
A quien le reporto su accidente?

When was the injury/illness reported? Date: ____/____/____ Time: _____
Cuando reporto su accidente? Fecha: Hora:

Where did the accident occur? _____
En donde ocurrio el accidente?

LOCATION OF ACCIDENT/UBICACION DEL ACCIDENTE
Job site – Facility/Sitio De Trabajo : _____
Name & Address/Nombre y Direccion _____

Local Supervisor to whom you report: _____
Supervisor Local al cual usted se reporta?

Were there any witnesses? Yes No IF YES, who? _____
Hubo algun testigo? Si No Si asi fue, quien?

What were you doing at the time of the accident? (Please describe events leading to injury/ illness. Name any object or substance involved and how it was involved.)
Que estaba haciendo cuando sucedio el accidente? (Por favor describa que propicio el accidente. Mencione cualquier objeto o substancia involucrada en el accidente y de que manera fue involucrada.)

Were you hurt? Yes/Si No
Fue usted lesionado?

Injured worker must sign & return to employer's office.
Employer returns to Benchmark Administrators, LLC.



**INJURED WORKER ACCIDENT STATEMENT
DECLARACION DEL ACCIDENTE DEL EMPLEADO**

Continued

How did the accident occur? Please be specific. Name machine, tool, vehicle, substance, etc. in use at time of accident:

Como sucedio el accidente? Por favor especifique. Mencione maquinaria, herramienta, vehiculo, substancia, etc. en uso en el momento del accidente: _____

Describe injury/illness:

Describe lesion o enfermedad: _____

Did you seek medical attention?

Yes/Si

No

Recibio atencion medica?

If "YES," when did you seek medical attention?

Si asi fue, cuando recibio atencion medica? _____

Physician's name and address:

Nombre y direccion del medico que lo atendio? _____

How can you avoid and accident in the future?

Como puede usted evitar un accidente en el futuro? _____

How can the company help to avoid this type of accident?

Como puede la compania ayudar a evitar este tipo de accidente? _____

I understand that falsification of this statement, or any misrepresented information contained in this statement, can result in disciplinary action. *Entiendo que falsificacion de esta declaracion o dar cualquier informacion erronea en esta declaracion puede resultar en accion disciplinaria.*

Signature/Firma

Date/Fecha