PROCEDURE FOR INJURED EMPLOYEE CARE
3 STEP PROCESS

1. **MEDICAL CARE** - IF IT APPEARS TO THE MANAGER THAT THAT MEDICAL CARE IS NEEDED OR EMPLOYEE REQUESTS TO SEE A DOCTOR FOR A JOB-RELATED INJURY:

   A. Shift Manager instruct employee to go to _____
   (approved doctor or medical facility)

   If emergency care is required, send employee to _____
   (approved emergency medical facility)

   B. INJURED EMPLOYEE MUST TAKE WITH THEM:

   1. **Authorization for Initial Treatment** completed and signed by manager p.3, p.5
      NOTE: Without this authorization, the plan may not be responsible for payment.
   2. **Authorization for Release of Health Information** signed by injured employee p.4, p.6
      NOTE: Make a copy for the employee and retain the original signed release.
   3. **Prescriptions First Fill Form** completed by manager p.7, p.8
   4. **Physician's Report of Employee Injury** (To be completed by Approved Provider) p.9

2. **REPORT INJURY** TO OWNER/OPERATOR SERVICES, INC. (OOSI) AS SOON AS POSSIBLE (WITHIN 24 HOURS):

   A. If the incident meets one or more of the following reasons to report:

   Any Employee Injury • Any Alleged Incident or Injury that could conceivably develop into a claim
   Lost Time Incident • Medical Attention Required • Claim Does Not Seem Legitimate

   B. Report to OOSI from a McDonald's Restaurant:

   1. Go to your McDonald's ISP Internet Access Page under "Reference & Learning Sites"
   2. Click on "TX Employee Injury Report" which takes you to the OOSI home page
   3. Click on "Submit Claim Online", complete the form and Submit

   OR go directly to **www.oosi.com**, click on Submit Claim Online

   CALL OOSI AT 1-800-934-9110 IF YOU ARE UNSURE HOW TO HANDLE AN INCIDENT

   FOR AFTER HOURS EMERGENCIES INVOLVING SERIOUS INJURY,
   CALL 1-800-934-9110 IMMEDIATELY AND LEAVE A MESSAGE ON EXTENSION 2.
   DO NOT WAIT UNTIL THE NEXT BUSINESS DAY.

3. **COMPLETE & FAX REPORTS** (BY END OF WORKSHIFT):

   A. Fax following **completed** reports to Chuck Eastwood at 210-332-1590:

   1. Employee Accident Report p.11, p.12
   2. Supervisor's Report of Accident p.13, p.14
   3. Witness Statement(s), if applicable p.15, p.16

   B. Submit all reports to your store owner operator

   If referral to another medical provider is necessary, call Chuck Eastwood with Sedgwick at 210-332-1611.

Authorization for Initial Treatment

_____ - - _____

Employee Name Printed | Social Security Number | Store Number

TO: APPROVED PROVIDER

The above-referenced employee has reported sustaining an occupational injury related to his or her employment with the McDonald's Owner Operator indicated below (the "Employer"). You are authorized to provide medically necessary treatment, subject to the terms of the Employer's occupational injury plan, for conditions related to the reported injury. All referrals to other approved medical providers must be approved in advance by contacting the Employer at the phone number below.

If this box is signed and dated, the employee is required to submit to a drug/alcohol screen. Please conduct a drug/alcohol screen for your panel of controlled substances and alcohol, in addition to treating the occupational injury. The results of the drug/alcohol screen must be reported confidentially only to the Employer Representative specified below.

X_____ _____/____/_____

Employer Representative Signature | Date

The attached Physician's Report of Employee Injury ("Report") must be completed by the treating physician. Please provide the employee with a copy of this Report and attach a copy to your billing document.

Your charges for medically necessary services will be paid directly by the Employer, subject to the terms of the Employer's occupational injury plan. To facilitate prompt payment, submit your billing document and a copy of the Report (physicians only) to the Employer at:

Owner Operator Bill to Address: _____

_____

Treatment and/or billing inquiries should be directed to the Employer at (_____) _____ - _____ or at the above address. For authorization to release medical records and other information relating to the above employee's occupational injury, please refer to the attached "Authorization for Release of Health Information".

_____

Name of Owner Operator Employer

X_____ _____/____/_____

Employer Representative Signature | Date

Send this form with injured employee to your medical provider.

HIPAA Authorization for Release of Health Information

By my signature, I do hereby authorize and give permission to all healthcare providers who provide medical care or related services to me, to disclose any of my medical records or other protected health information (such as x-rays, diagnostic test results, MRI test results, physician narratives, physical therapy notes, prescription records and other medical reports) to the following persons duly acting on behalf of the Occupational Injury Plan (the "Plan): (1) the Executive Vice President of, and any claims adjuster, claims supervisor or authorized staff member for, Sedgwick, and (2) any other person designated by my Employer as Claims Administrator, Final Review Officer or Committee member for the Plan. My permission is also give to such healthcare providers and Plan representatives to fully discuss my diagnosis, treatment, condition, and prognosis. I further authorize such healthcare providers and Plan representatives to use and disclose such information for the purposes specified below to my employer, the McDonald's Owner Operator indicated below ("Employer"), and any medical case manager, repricing company, accounting or payroll representative, insurance agent, insurance carrier, consultant, or attorney.

I understand that the persons listed above will use and disclose my health information for the following purposes: (1) to evaluate and authorize treatment of any alleged injury while working at my Employer; (2) to make a determination of applicable benefits and make payment of Plan benefits, if any (including without limitation pre-authorization and concurrent review of my medical treatment); (3) the assessment of my ability to qualify for leave or return to full/modified duty; and (4) liability and safety evaluations.

By signing below, I understand and acknowledge that (1) this Authorization shall expire on the date upon which I am no longer eligible for Plan benefits; (2) I have a right to revoke this Authorization by contacting in writing my Employer - however, this revocation will not apply to any use or disclosure made prior to my Employer's receipt of my revocation; (3) the Plan may not condition treatment, payment, enrollment or eligibility for benefits solely on whether] sign this Authorization; (4) there is a potential that my protected health information used and disclosed in accordance with this Authorization may be redisclosed by certain persons receiving this information and may then no longer be protected by federal law; and (5) I am entitled to a copy of this Authorization. A photocopy of this Authorization shall be considered as effective as the original.

If Employee is under age 18, a parent or legal guardian must also sign below.

X_____ _____/_____/_____
Employee Signature Date

_____ _____-_____-_____ _____
Employee Name Printed Social Security Number Store Number

X_____ _____/_____/_____
Parent/Personal Representative Date
(If signed by a personal representative (such as a legal guardian), please describe the representative's authority to act for the Employee: _____)

_____
Name of Owner Operator Employer

Send this form with injured employee to your medical provider.

Autorización para el Tratamiento Inicial

_____ - ____ - _____

Nombre Impreso del Empleado Numero de Seguro Social Numero de la Tienda

PARA: PROVEEDOR APROBADO

EI empleado de la referencia anterior ha reportado que sufrió una lesión ocupacional relacionada can su empleo con el Propietario Operador de McDonald's indicado abajo (EI "Empleador"). A usted se Ie autoriza proporcionar tratamiento médicamente necesario, sujeto a los términos del plan de lesión ocupacional del Empleador, para condiciones relacionadas can la lesión reportada. Todas las referencias que se hagan a otros proveedores médicos aprobados deben ser aprobadas por adelantado contactando al Empleador en el número de teléfono abajo.

Si este cuadrado es firmado y fechado, se requiere que el empleado se so meta a un examen de droga/alcohol. Por favor, efectué un examen de droga/alcohol para su panel de sustancias controladas y alcohol, además de tratar la lesión ocupacional. Los resultados del examen de droga/alcohol se deben reportar confidencialmente solo al Representante del Empleador especificado abajo.

X_____ _____/____/_____

Firma del Representante del Empleador Fecha

EI Reporte de Lesión del Empleado ("Reporte") que se incluye debe ser completado por el medico tratante. Por favor, proporcione al empleado una copia de este Reporte e incluya una copia en su documento de factura.

Sus cobros par los servicios médicamente necesarios Ie serán pagados directamente por el Empleador, sujeto a los términos del plan de lesión ocupacional del Empleador. Para facilitar su pronto pago, envíe su factura y una copia del Reporte (médicos solamente) al Empleador al:

Dirección de Facturación del Empleador:_____

_____

Las preguntas sobre el tratamiento y/o facturación deben ser hechas al Empleador al (____) ____ - _____ a la dirección de arriba. Para la autorización para dar a conocer registros médicos y cualquier información relacionada con la lesión ocupacional del empleado de arriba, por favor refiérase a la "Autorización Para Dar A Conocer La Información de Salud" que se incluye.

_____

Nombre del Empleador Propietario Operador

X_____ _____/____/_____

Firma del Representante del Empleador Fecha

Send this form with injured employee to your medical provider.

AUTORIZACION PARA DAR A CONOCER INFORMACION DE SALUD DE HIPPA

Por mi firma, autorizo y doy permiso a todos los proveedores de cuidado de la salud que proporcionan cuidado 0 servicios médicos relacionados conmigo, para dar a conocer cualquiera de mis registros médicos u otra información protegida de la salud (tales como rayos-x, resultados para el diagnostico medico, resultados de examen de MRI, narraciones del medico, notas de terapia física, registros de recetas y todo reporte medico) alas siguientes personas que actúan debidamente a nombre del Plan de Lesión Ocupacional (EI "Plan"): (1) EI Vicepresidente Ejecutivo, y cualquier ajustador de reclamos, supervisor de reclamos 0 miembro autorizado del personal, Sedgwick, y (2) cualquier otra persona designada por mi Empleador como Administrador de Reclamos, Oficial de Revisión Final 0 miembro del Comité para el Plan. Mi permiso es también para que dichos proveedores del cuidado de salud y representantes del Plan discutan totalmente el diagnostico, tratamiento, condición y prognosis. Autorizo, además, para que dichos proveedores del cuidado de salud y representantes del Plan para que usen y den a conocer tal información para los fines que se especifican mas adelante a mi Empleador, al Operador Propietario de McDonald's indicado abajo ("Empleador"), y a cualquier administrador del caso medico, compañía de reajuste de precios, representante de contabilidad 0 de la nomina de pago, agente de seguro, consultor 0 abogado.

Entiendo que las personas indicadas anteriormente usaran y darán a conocer mi información de salud para los propósitos siguientes: (1) evaluar y autorizar el tratamiento de cualquier lesión alegada mientras trabajo con mi Empleador; (2) hacer una determinación de los beneficios aplicables y hacer los pagos de los beneficios del Plan, si los hay (incluyendo, sin limitación, una preautorización y revisión concurrente de mi tratamiento medico); (3) la evaluación de mi habilidad para calificar a un permiso de ausencia 0 a un retorno a deber total/modificado; y (4) evaluaciones de responsabilidad y seguridad.

AI firmar abajo, entiendo y reconozco que (1) esta Autorización expirara en la fecha en la que ya no soy mas elegible para los beneficios del Plan; (2) tengo el derecho de revocar esta Autorización contactando por escrito a mi Empleador - sin embargo, esta revocación no se aplicara al usa 0 divulgación hecha con anterioridad al recibo de revocación de mi Empleador; (3) el Plan no puede condicionar el tratamiento, pago, inscripción 0 elegibilidad para los beneficios solamente si yo firmo esta Autorización; (4) existe el potencial que mi información de salud que se usa y se da a conocer de acuerdo con esta Autorización pueda ser dada a conocer nuevamente por ciertas personas que reciban esta información y puede que entonces esta información no continué siendo protegida por la ley federal, y (5) tengo derecho a una copia de esta Autorización. Una fotocopia de esta Autorización tendrá el mismo efecto que el original.
Si el Empleado tiene menos de 18 anos de edad, un padre o un guardián legal debe también firmar abajo.

X_____ _____/_____/_____
Firma del Empleado Fecha

_____ _____-_____-_____ _____
Nombre Impreso del Empleado Numero de Seguro Social Numero de la Tienda

X _____ _____/_____/_____
Padre 0 Madre/Representante Personal Fecha
(Si se firma por un representante personal (tal como un guardián legal), por favor describa la autoridad del representante para actuar por el Empleado:_____)

_____
Nombre del Empleador Propietario Operador

Send this form with injured employee to your medical provider.

HELIOS | P.O. Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

PRESCRIPTION FIRST FILL FORM

MAKING IT EASY...
TO GET YOUR EMPLOYEE INJURY-RELATED PRESCRIPTIONS FILLED.

Helios has been chosen to manage your employee injury-related pharmacy benefits for your employer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

Injured Individual:

If you need a prescription filled for an employee injury that has been reported to your McDonald's Manager, go to a Helios Tmesys network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. The pharmacist will fill your prescription at no cost to you.

If your claim is accepted, you will receive a more permanent pharmacy card in the mail. Please use the card for prescriptions specifically related to your employee injury.

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call 888.579.0050 or visit www.tmesys.com and click on "Pharmacy Locator."

Find a Network Pharmacy
Questions? Need Help?

888.579.0050
www.tmesys.com

Employer:
Immediately upon receiving notice of the employee's injury, fill in the employee's name and date of injury and give this form to the employee.

tmesys®

Sedgwick — CARRIER/TPA
McDonald's Owner Operator — EMPLOYER

INJURED EMPLOYEE NAME
DATE OF INJURY (YYMMDD)

Please provide directly to Pharmacist
SOCIAL SECURITY NUMBER

Notice to Cardholder: Present this card to the pharmacy to receive medication for your injury. To locate a pharmacy: www.tmesys.com\pharmacy-locator

HELIOS

Attention Pharmacists: Call 800.964.2531 to establish First Fill benefit eligibility and obtain the ID number for online adjudication of approved benefits for the injured Individual. Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy
Help Desk 800.964.2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #

HELIOS

NOTE: This First Fill card is only valid for your covered employee injury.

tmesys®

HELIOS | P.O. Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

FORMULARIO DE RECETAS MÉDICAS FIRST FILL

HACEMOS MÁS SENCILLO...
EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DE SU LESIÓN EMPLEADO RELACIONADO.

Helios ha sido elegido para administrar sus empleados relacionados con lesiones beneficios farmacéuticos para su empleador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

Persona lesionado:

Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión que ha sido informada a su gerente de McDonald's, visite una farmacia de la red Helios Tmesys. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica sin costo alguno.

Si se acepta su reclamación, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones.

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias, forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 888.579.0050 o visite www.tmesys.com y haga clic en "Pharmacy Locator" (Localizador de farmacias).

Encontrar una farmacia de la red
¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda?

888.579.0050
www.tmesys.com

Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre la lesión del empleado, ingrese el nombre del empleado y la fecha de la lesión, y entregue este formulario al empleado lesionado.

tmesys®

Sedgwick — PORTADORA
McDonald's Owner Operator — EMPLEADOR

NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO — FECHA DE LA LESION (AAMMDD)

Please provide directly to Pharmacist
NUMERO DE SEGURO SOCIAL

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión. Para ubicar una farmacia, visite www.tmesys.com\pharmacy-locator.

HELIOS

Attention Pharmacists: Call 800.964.2531 to establish First Fill benefit eligibility and obtain the ID number for online adjudication of approved benefits for the injured worker. Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy
Help Desk 800.964.2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #

HELIOS

NOTA: Esta tarjeta First Fill solo es válida para su lesión cubierta.

tmesys®

PHYSICIAN'S REPORT OF EMPLOYEE INJURY
TO BE COMPLETED BY APPROVED PROVIDER

Please be advised Workers' Compensation insurance is not carried by the Employer of this Employee. All bills for authorized medical treatment or any inquiries concerning authorization for treatment or payment should be directed to:

Name _____ Contact _____

Address _____ Phone Number (_____) _____ - _____

1. Name of injured employee: _____ S.S. #: _____ - _____ - _____
   DOB: _____/_____/_____ Home address: _____ Apt #: _____
   City: _____ State: _____ Zip: _____
2. Date of accident: _____/_____/_____ Date first treatment rendered: _____/_____/_____
3. Cause of injury: _____
4. Initial complaints: _____
5. Nature, extent, degree, body location of injury: _____
6. Treatment prescribed: _____
7. If admitted to hospital, name & address: _____
8. Probable length of hospital confinement: _____
9. X-rays taken? ____Yes _____No Describe procedure and results: _____
10. Lab test? _____Yes _____No Describe procedure and results: _____
11. Was there any evidence of a prior or pre-existing injury or illness? _____ Yes _____No
    If yes, what condition and to what extent may it contribute to incapacity or recovery? _____
12. Released to restricted duty: _____/_____/_____ Specify restrictions: _____

    Released to Regular Duty: _____/_____/_____ If not released, estimated length of disability:

    Name of Physician: _____

    Address: _____

    Signature: _____ Date: _____/_____/_____

Send this form with injured employee to your medical provider.

EMPLOYEE ACCIDENT REPORT
TO BE COMPLETED BY INJURED EMPLOYEE

Injured Employee Name: _____ Date of Injury: ____/____/____

Owner/Operator Name: _____ City of Injury: _____ Store No: _____

TO BE COMPLETED BY INJURED EMPLOYEE

1. Home Address: _____ Apt #: _____
   City: _____ State: _____ Zip: _____ Tel. No. (____) ____-____
2. S.S. #: ____-____-____ Date of Birth: ____/____/____ Job Title: _____
3. Department where injured: _____ Day of Week _____ Time _____
4. Describe details of accident (how, what, where, why): _____
5. Nature, extent, degree and body location of injury _____
6. Were there any eyewitnesses to the accident? YES _____ NO _____
   If yes, give their names _____

I, _____, (employee), the undersigned herewith certify that the above is a true and correct statement of fact, and that I made such statement of my own free will. I understand that my Employer does not carry Workers' Compensation insurance, and furthermore, that any payments to me or anyone else for expenses in connection with my accident and resulting injury is not an admission of liability on the part of my Employer. I also authorize a designated representative of my Employer to accompany me to any healthcare provider when receiving medical treatment or services for an occupational injury that occurred during my employment with my Employer. I further acknowledge that I may be required to submit to a drug/alcohol screening for any occupational injury that requires medical treatment, and release my Employer from all liability relating to such testing or the release of test results.

X: _____ ____/____/____
EMPLOYEE SIGNATURE DATE

X: _____ ____/____/____
WITNESS SIGNATURE DATE

_____
WITNESS NAME PRINTED

X: _____ ____/____/____
TRANSLATOR SIGNATURE (If applicable) DATE

_____
TRANSLATOR NAME PRINTED

Submit this report to your restaurant owner operator promptly & fax to Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590

REPORTE DE ACCIDENTE DEL EMPLEADO
PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO LESIONADO

Nombre del Empleado Lesionado _____ Fecha de Lesión ____/____/____

Propietario-operador de la tienda _____Ciudad de Lesión _____ Tienda No. _____

PARA SER LLENADO POR EL EMPLEADO LESIONADO

1. Domicilio _____ Apartamento: _____

   Cuidad: _____ Estado: _____ Zip: _____ Teléfono (_____) _____-_____

2. S.S. # ____-___-_____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Titulo del Trabajo_____

3. Departamento don de se lesiono _____ Día de la Semana _____ Hora _____

4. Describa los detalles del accidente (como, que, donde, por que): _____

   _____

   _____

   _____

5. ¿Naturaleza, alcance, lugar y grado de la lesión en el cuerpo? _____

   _____

6. ¿Hubo testigos oculares del accidente? SI _____ NO _____

   Si es si, de sus nombres: _____

I, _____, (empleado), el abajo firmante certifica que la declaración de los hechos aquí mencionados es verdadera y correcta, y que yo hice tal declaración por mi propia voluntad. Yo entiendo que mi Empleador no tiene seguro del "Workers' Compensation", y además, de que cualquier pago que se haga a mi 0 a alguien mas por los gastos relacionados con mi accidente y la lesión que de ello haya resultado no es en ninguna forma admisión de responsabilidad por parte de mi Empleador. También autorizo a un representante designado por mi Empleador para que me acompañe a cualquier proveedor de salud cuando reciba tratamiento 0 servicios médicos por una lesión ocupacional que ocurrió durante mi empleo con mi Empleador. Reconozco, además, que se me puede requerir someterme a un examen de droga/alcohol por cualquier lesión ocupacional que requiera tratamiento medico, y liberar a mi Empleador de cualquier responsabilidad que resulte de dicho examen 0 por dar a conocer los resultados del examen.

X: _____ ____/____/____
FIRMA DEL EMPLEADO FECHA

X: _____ ____/____/____
FIRMA DEL TESTIGO FECHA

_____
NOMBRE IMPRESO DEL TESTIGO

X: _____ ____/____/____
FIRMA DEL TRADUCTOR (Si es aplicable) FECHA

_____
NOMBRE IMPRESO DEL TRADUCTOR

Cuando se llene el reporte, envíelo al propietario operador de la tienda y a Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590

SUPERVISOR'S REPORT OF ACCIDENT
TO BE COMPLETED BY SUPERVISOR OR MANAGER

NATIONAL STORE NUMBER: _____

Employee: _____ S.S. #: ____-____-____

Home Address: _____ Apt #: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Date of Birth: ____/____/____ Home Phone: (____) ____-____

Department: _____ Job Title: _____ Hire Date: ____/____/____

Length of Time in Occupation: _____ Wage: $_____/hour

ACCIDENT INFORMATION:

Department Where Injured: _____

Date of Injury: ____/____/____ Day of Injury: _____ Time of Injury: _____

What Caused Accident? _____

State how injury occurred, what employee was doing, and what part of the body was affected:

_____

_____

_____

_____

List special protective equipment provided or required (such as goggles, special shoes, helmets, etc.).

_____

_____

Was such equipment being used or worn at the time of accident? YES_____ NO_____

If not, why not? _____

_____

Witness Name: _____

Address: _____ Telephone # :(____) ____-____

REPORT DUE WITHIN 24 HOURS OF ACCIDENT:

Supervisor or Manager Filling out Report (Print Name): _____

Supervisor's Signature: _____

Company Address: _____

Telephone Number: (____) ____-____

Submit this report to your store owner operator promptly & fax to Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590

REPORTE DEL ACCIDENTE DEL SUPERVISOR
PARA SER LLENADO POR EL SUPERVISOR O ADMINISTRADOR

TIENDA NÚMERO NACIONAL: _____

Empleado: _____ Seguro Social #: ____-____-____

Dirección de Domicilio: _____Apartamento: _____

Cuidad:_____Estado:_____Zip:_____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Teléfono en Casa: (____)____-____

Departamento: _____ Titulo del Trabajo: _____ Fecha de Contratación: ____/____/____

Duración en la Ocupación: _____ Salario $_____/hora

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Departamento Donde Se Lesiono: _____

Fecha de la Lesión: ____/____/____ Día de la Lesión: _____ Hora de la Lesión: _____

¿Que Causo el Accidente? _____

Explique como ocurrió el accidente, que estaba haciendo el empleado, y que parte de su cuerpo resulto afectada: _____

_____

_____

_____

Haga una lista a del equipo protector especial que se proporciona o se requiere (tal como gafas protectoras, zapatos especiales, cascos, etc.) _____

_____

¿Se estaba usando o llevando dicho equipo al momento del accidente? Si _____ NO _____

¿Si es no, porque no? _____

_____

Nombre del Testigo: _____

Dirección: _____ Teléfono #: (____)____-____

REPORTE DEBE HACERSE DENTRO DE 24 HORAS DEL ACCIDENTE:

Supervisor o Administrador Que Llena el Reporte (Nombre Impreso): _____

Firma del Supervisor: _____

Dirección de la Compañía: _____

Número de Teléfono: (____)____-____

Cuando se llene el reporte, envíelo al propietario operador de la tienda y a Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590

WITNESS STATEMENT
TO BE COMPLETED BY WITNESS

Injured Employee Name _____ Date of Injury ____/____/____ Store No _____

_____

To be completed as soon as possible following accident.

1. Name of witness _____ Phone No. (____) ____-____
2. Address _____
3. Employed by _____ Department _____ Title _____
4. If not employee, reason for presence at location of employee injury _____

   _____

   _____
5. Are you related to injured employee? _____ If yes, how are your related? _____
6. How long have you known this employee? _____
7. Please explain in detail what you know about the accident: _____

   _____

   _____

   _____
8. Did you actually see this accident? _____ If not, how did you hear about it? _____

   _____

   _____
9. Did this employee ever talk to you about getting hurt on the job? _____ If so, how soon after the accident did this conversation take place? _____
10. Do you know of any other injury, accident or illness that this employee has had? _____
    If yes, explain. _____

    _____

    _____
11. Give the names and addresses of any of the persons who might know about this accident. _____

    _____

    _____
12. Additional Comments: _____

Have you read the above and is it true and correct to the best of your knowledge? _____

X: _____ ____/____/____
WITNESS SIGNATURE DATE

X: _____ ____/____/____
WITNESS BY SIGNATURE DATE

_____
WITNESSED BY (PLEASE PRINT)

Submit this report to your store owner operator promptly & fax to Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590

DECLARACION DEL TESTIGO
PARA SER LLENADO POR EL TESTIGO

Nombre del Empleado Lesionado _____ Fecha de la Lesión ____/____/____ Tienda No. _____

Para ser llenado tan pronto como sea posible después del accidente.

1. Nombre del testigo _____ Numero de Teléfono (____) ____-____
2. Dirección _____
3. Empleado por _____ Departamento _____ Titulo _____
4. Si no es empleado, razón por la que estaba presente en ese lugar _____
5. ¿Esta relacionado con el empleado lesionado? _____ ¿Como? _____
6. ¿Cuanto hace que conoce al empleado? _____
7. Explique detalladamente lo que UD. Sabe acerca de este accidente: _____
8. ¿Presencio UD. este accidente? _____ Si no, ¿Como supo UD. de este accidente? _____
9. ¿Le informo en algún momento el empleado del accidente o de la lesión sufrida en el trabajo? _____
   ¿Si es si, Cuanto tiempo después del accidente tuvo esa conversación? _____
10. ¿Sabe usted, de algún otro accidente o lesión o enfermedad que este empleado haya sufrido? _____
    Si es si, explique. _____
11. De los nombres y direcciones de cualquier *otra* persona que haya sabido del accidente. _____
12. Comentarios Adicionales: _____

¿Ha leído el contenido y es verdadero y correcto hasta don de usted tiene conocimiento? _____

X: _____ ____/____/____
FIRMA DEL TESTIGO FECHA

X: _____ ____/____/____
ATESTIGUA CON LA FIRMA FECHA

_____
ATESTIGUADA POR (EN LETRAS DE IMPRENTA)

Cuando se llene el reporte, envíelo al propietario operador de la tienda y a Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590

MCD ACCIDENT REPORT
TO BE USED WHEN SUBMITTING A CLAIM FOR REIMBURSEMENT

OWNER NAME _____ OWNER TELEPHONE (_____) _____-_____

OWNER ADDRESS _____

STORE # _____ STORE CITY _____ STORE PHONE (_____) _____-_____

STORE MANAGER NAME _____

INCIDENT DATE _____/____/____ TIME _____ am/pm EMPLOYEE APPLICATION DATE ____/____/____

EMPLOYEE ACTIVITY AT TIME OF ACCIDENT _____

EXACT INCIDENT LOCATION _____ OBJECT/THING CAUSING INJURY _____

DESCRIPTION OF INCIDENT _____

EMPLOYEE NAME _____ S.S. # _____-_____-_____

EMPLOYEE ADDRESS _____

CITY _____ STATE _____ ZIP _____

DATE OF BIRTH: _____/_____/_____ HOME PHONE # (_____) _____-_____

JOB TITLE: _____ DUTIES: _____

HIRE DATE: _____/_____/_____ WAGE: $_____/HOUR HOURS PER WEEK _____

LIGHT/MODIFIED DUTY AVAILABLE _____ RETURN TO WORK DATE _____/_____/_____

RESTRICTIONS _____ LENGTH OF LIGHT DUTY _____

LENGTH OF DISABILITY _____ NATURE OF INJURY _____

MEDICAL PROVIDER(S)

(1) _____ (____) ____-_____
NAME ADDRESS PHONE

(2) _____ (____) ____-_____
NAME ADDRESS PHONE

TREATMENT RENDERED _____

WITNESS(ES)

(1) _____ (____) ____-_____
NAME ADDRESS PHONE

(2) _____ (____) ____-_____
NAME ADDRESS PHONE

PERSON COMPLETING FORM

_____
NAME TITLE ADDRESS

Owner Operator or Manager to submit this report when sending Medical Bills to Sedgwick, Attn: Chuck Eastwood. Fax # 210-332-1590