

**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: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Teléfono en Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Título 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**