

**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 you 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)

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