

## ACCIDENT QUESTIONNAIRE

We are in receipt of a claim that appears to be the result of an accident or injury. Please complete the following questionnaire and return to us at the address below as soon as possible.

The completion of this form will allow us to process your claims in a timely manner.

### General Information

Employee's Name: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

Dependent Name involved in injury (if not employee): \_\_\_\_\_

### Accident Information

Date of Accident/Injury: \_\_\_\_\_

Time of Accident/Injury: \_\_\_\_\_

**Explain how Accident/Injury Occurred: (detailed statement):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Where did Accident/Injury Occur: (check one):

<input type="checkbox"/> Your Home	<input type="checkbox"/> Car/Auto	<input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> Friend's Home	<input type="checkbox"/> At Work	
<input type="checkbox"/> At School	<input type="checkbox"/> Public Facility	

### If Accident/Injury occurred at work

Has the incident been reported to the Employer's Workers' Compensation Insurance?  Yes  No

Indicate name and address of the business where the injury occurred.

Business Name: \_\_\_\_\_

Business Address: \_\_\_\_\_

Business City, ST, Zip: \_\_\_\_\_

### If Accident or Injury the Result of an Automobile Accident

Was the insured person the driver of a vehicle involved?  Yes  No

Was the patient the passenger of a vehicle involved?  Yes  No

Was the insured person a pedestrian?  Yes  No

Did the police investigate the accident?  Yes  No

If yes, provide copy of accident report.

*On separate sheet of paper or reverse side of this form, please list the names and addresses of all drivers involved in the accident. In addition, please state the auto insurance carriers and the policy numbers of all persons involved.*

Completed By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## ACCIDENT QUESTIONNAIRE

Nosotros recibimos una reclamación la cual aparentemente es el resultado de un accidente o lesión. Por favor complete la siguiente forma y retorenela tan pronto como sea posible a Dunn & Associates.

*La completación de esta forma nos permitira procesar su reclamación de manera rapida*

### General Información

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Hora del Accidente: \_\_\_\_\_

### Accidente Información

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

**En una explicación detallada, por favor describa como sucedio el accidente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Donde ocurrio el accidente o lesion?  Su Casa  Carro/Auto  Otro Lugar:  
 La casa de un amigo  En el trabajo  
 En la escuela  Una facilidad publica

### Si el accidente fur incurrido en el trabajo

Lo ha reportado a la compania de Aseguraza de la Compensación del Trabajador?  Si  No

Por favor indique el nombre y la dirección del negocio donde ocurrio la lesión

Compania Nombre: \_\_\_\_\_

Compania La'dirección: \_\_\_\_\_

Compania City, ST, Zip: \_\_\_\_\_

### Si la lesión o el accidente el resultado de un accidente automovilistico

Fue la persona asegurada, el chofer de uno de los vehiculos involucros  Si  No

Fue la persona asegurada, el pasajero de uno de los vehiculos involucros  Si  No

Era la persona asegurada un peaton  Si  No

Si lo hizo por favor provea una copia del reporte de accidente

*En una hoja de papel separada, por favor enliste los nombres y direcciones de todos los choferes involucros en el accidente. En adición, por favor describa las companias proveedoras dela aseguranza de autos y el numero de la poliza de todas las personas involucras.*

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_

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