

Business Insurers of Georgia

(Name of BIOGA's Client Employing Injured Worker)

WITNESS STATEMENT

COMPLETE ALL BLANKS

Name of Witness: _____ Date of This Report: ____/____/____

Witness's Employer: _____ Witness Phone #: _____

Name of Injured Worker: _____ Injured Worker's Employer: _____

Date of Incident: ____/____/____ Time of Incident: _____

Client Where Incident Occurred (for staffing companies only): _____

Address Where Incident Occurred: _____

Are you related to the injured worker? (circle one) NO / YES If "YES," list your relation: _____

How long have you known the injured worker? _____

Did you actually see the incident? _____

Explain, in detail, what you saw or know regarding this incident:

List the names of any other persons who may have information regarding this incident:

Is there any other information that you know that would assist in providing a fair evaluation of this incident?

Print Name: _____ Signature: _____

Phone Number: _____ Date Signed: ____/____/____

By signing this form, you acknowledge your understanding that any person who knowingly submits false or fraudulent information is guilty of a crime and may be subject to fines and/or confinement in state prison.

*****REPORT DUE WITHIN 24 HOURS OF ACCIDENT*****

Business Insurers of Georgia

(Nombre del cliente de BIOGA que emplea a un trabajador lesionado)

DECLARACIÓN DE UN TESTIGO

FAVOR COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

Nombre del testigo _____ Fecha de este reporte: ____/____/____
Empleador del testigo: _____ Teléfono del testigo #: _____
Nombre del empleado lesionado: _____ Empleador del trabajador lesionado: _____
Fecha del Accidente: ____/____/____ Time of Incident: _____
Cliente donde ocurrió el accidente (para agencias de empleo): _____
Dirección donde ocurrió el accidente: _____

Está usted relacionado al trabajador lesionado? (circule una) NO / SI De ser "SI," enumere su relación: _____

¿Por cuanto tiempo ha conocido usted al trabajador lesionado? _____

¿Usted presenció el accidente? _____

Explique en detalle lo que vio o sabe en relación a este accidente: _____

Indique los nombres de otras personas que puedan tener información sobre este incidente:

¿Hay alguna otra información que usted sepa que ayude a proporcionar una evaluación justa de este incidente?

Nombre: _____ Firma: _____

Número telefónico: _____ Fecha: ____/____/____

Al firmar este formulario, usted reconoce que entiende que cualquier persona que a sabiendas presente información falsa o fraudulenta es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y / o reclusión en una prisión estatal.

****** ESTA FORMA DEBE DE SER COMPLETADA Y ENTREGADA DURANTE LAS
PRIMERAS 24 HORAS LUEGO DEL ACCIDENTE ******