



# Workers Compensation Claim Reporting Worksheet and Guide

## Formulario y Guía de Informe de Reclamo para Indemnización Laboral

We will produce and submit the necessary state forms and filings.  
 Produciremos y enviaremos los formularios estatales necesarios y archivos.



**DO NOT DELAY IN REPORTING IF YOU DO NOT HAVE ANSWERS TO ALL THE QUESTIONS.**  
**PLEASE EMAIL YOUR COMPLETED FORM TO [SpanishFirstReport@travelers.com](mailto:SpanishFirstReport@travelers.com) OR CALL 1.800.238.6225.**  
**NO DEMORE EN INFORMAR SI NO TIENE RESPUESTAS A TODAS LAS PREGUNTAS.**  
**ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO SU FORMULARIO COMPLETADO A [SpanishFirstReport@travelers.com](mailto:SpanishFirstReport@travelers.com) O LLAME AL 1-800-238-6225.**

| <b>ACCOUNT / ACCIDENT INFORMATION</b> INFORMACIÓN DE LA CUENTA/DEL ACCIDENTE  |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>PREPARER'S PHONE NUMBER</b><br>NÚMERO DE TELÉFONO DEL PREPARADOR   | <b>PREPARER'S TITLE</b><br>TÍTULO DEL PREPARADOR  | <b>PREPARER'S NAME</b><br>NOMBRE DEL PREPARADOR   | <b>EMPLOYMENT STATE</b><br>ESTADO DE EMPLEO |
| <b>SUBSIDIARY (COMPANY) NAME</b><br>NOMBRE DE LA SUBSIDIARIA (COMPAÑÍA)   | <b>SUBSIDIARY (COMPANY) ADDRESS</b><br>(STREET, CITY, STATE & ZIP)<br>DIRECCIÓN DE LA SUBSIDIARIA (COMPAÑÍA)<br>(CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL) | <b>SUBSIDIARY (COMPANY) MAILING ADDRESS</b><br>(STREET, CITY, STATE & ZIP)<br>DIRECCIÓN DE CORREO DE LA SUBSIDIARIA (COMPAÑÍA)<br>(CALLE, CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL)<br><input type="checkbox"/> SAME/ MISMO |   |
| <b>DID THE ACCIDENT OCCUR AT THE LOCATION ADDRESS?</b> ¿OCURRIÓ EL ACCIDENTE EN LA DIRECCIÓN DE LA UBICACIÓN?<br><input type="checkbox"/> YES / sí <input type="checkbox"/> NO IF NO, ADDRESS WHERE ACCIDENT OCCURRED SI LA RESPUESTA ES NO, DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE |   |   |   |
| <b>PARENT COMPANY / INSURED'S NAME</b> NOMBRE DE LA COMPAÑÍA MATRIZ/DEL ASEGURADO   |   |   |   |
| <b>LOCATION CODE</b><br>CÓDIGO DE LA UBICACIÓN  | <b>POLICY SYMBOL AND NUMBER</b><br>SÍMBOLO Y NÚMERO DE LA PÓLIZA  | <b>NATURE OF BUSINESS</b><br>NATURALEZA DEL NEGOCIO   |   |
| <b>DATE OF INJURY</b> FECHA DE LA LESIÓN  | <b>TIME OF INJURY</b> HORA QUE OCURRIÓ LA LESIÓN  |   |   |
| <b>ACCIDENT DESCRIPTION</b> DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE   |   |   |   |
| <b>EMPLOYEE INFORMATION</b> INFORMACIÓN DEL EMPLEADO  |   |   |   |
| <b>INJURED EMPLOYEE'S SOCIAL SECURITY NUMBER:</b><br>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO LESIONADO:  | <b>EMPLOYEE'S NAME (FIRST, MI, LAST)</b><br>NOMBRE DEL EMPLEADO (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)   | <b>GENDER SEXO</b><br><input type="checkbox"/> MALE/ MASCULINO<br><input type="checkbox"/> FEMALE/ FEMENINO   | <b>PRIMARY LANGUAGE</b><br>IDIOMA PRINCIPAL |
| <b>DATE OF BIRTH</b> FECHA DE NACIMIENTO  | <b>EMPLOYEE'S MAILING ADDRESS</b> DIRECCIÓN DE CORREO DEL EMPLEADO  |   |   |
| <b>EMPLOYEE'S PHONE NUMBER</b><br>NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADO   | <b>EMPLOYEE'S HOME ADDRESS</b><br>(IF DIFFERENT FROM MAILING)<br>DIRECCIÓN DEL HOGAR DEL EMPLEADO<br>(SI ES DIFERENTE DE LA DIRECCIÓN DE CORREO)        | <b>EMPLOYEE'S EMAIL ADDRESS</b><br>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL EMPLEADO   |   |

**EMPLOYEE JOB INFORMATION** INFORMACIÓN DEL TRABAJO DEL EMPLEADO

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>EMPLOYMENT STATUS CODE</b><br>CÓDIGO DE ESTADO DE EMPLEO<br><input type="checkbox"/> FULL-TIME <input type="checkbox"/> PART-TIME <input type="checkbox"/> OTHER<br>TIEMPO COMPLETO    MEDIO TIEMPO    OTRO | <b>REGULAR ASSIGNED DEPARTMENT</b><br>DEPARTAMENTO ASIGNADO REGULAR | <b>REGULAR OCCUPATION</b><br>OCUPACIÓN REGULAR |
|--|---|--|

**OCCUPATION WHEN INJURED** OCUPACIÓN CUANDO SE LESIONÓ

**EMPLOYEE'S WORK SCHEDULE** HORARIO DE TRABAJO DEL EMPLEADO

|   |                               |                                 |
|---|-------------------------------|---------------------------------|
| <b>REGULAR WORK HOURS</b><br>HORAS DE TRABAJO REGULARES | <b>HOURS/DAY</b><br>HORAS/DÍA | <b>DAYS/WEEK</b><br>DÍAS/SEMANA |
| _____   | _____                         | _____                           |

**EMPLOYEE'S WAGE INFORMATION:**  
INFORMACIÓN DEL SALARIO DEL EMPLEADO:

\$ \_\_\_\_\_ HOUR/HORA    OR \$ \_\_\_\_\_ / ANNUAL ANUAL    OR \_\_\_\_\_ / WEEKLY SEMANAL    OVERTIME: \$ \_\_\_\_\_ HORAS ADICIONALES: \$    ADD'L BENEFITS: \$ \_\_\_\_\_ BENEFICIOS ADICIONALES: \$

**DATE OF HIRE OR LENGTH OF EMPLOYMENT** FECHA DE EMPLEO O TIEMPO DE EMPLEO

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>SUPERVISOR'S NAME:</b><br>NOMBRE DEL SUPERVISOR: | <b>SUPERVISOR'S PHONE NUMBER:</b><br>NÚMERO DE TELÉFONO DEL SUPERVISOR: | <b>SUPERVISOR'S EMAIL ADDRESS:</b><br>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL SUPERVISOR: | <b>BEST HOURS TO CONTACT</b><br>MEJORES HORAS PARA CONTACTAR |
|---|---|---|--|

**ACCIDENT INFORMATION** INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>DATE CLAIM REPORTED TO EMPLOYER?</b><br>FECHA DE INFORME DE LA RECLAMACIÓN AL EMPLEADOR | <b>DID EMPLOYEE LOSE ANY TIME FROM WORK OR ARE THEY WORKING MODIFIED DUTY BEYOND THE DATE OF THE INJURY?</b><br>¿EL EMPLEADO PERDIÓ TIEMPO DE TRABAJO O ESTÁ HACIENDO TAREAS MODIFICADAS DESPUÉS DE LA FECHA DE LA LESIÓN?<br><input type="checkbox"/> YES/ sí <input type="checkbox"/> NO | <b>IS THE EMPLOYEE BACK AT WORK?</b><br>¿EL EMPLEADO REGRESÓ AL TRABAJO?<br><input type="checkbox"/> YES/ sí <input type="checkbox"/> NO <b>IF YES, DATE RETURNED TO WORK?</b><br>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿FECHA DE REGRESO AL TRABAJO?<br><br><b>IS THERE AN ANTICIPATED RETURN TO WORK DATE?</b><br>¿HAY UNA FECHA ANTICIPADA DE REGRESO AL TRABAJO?<br><input type="checkbox"/> YES/ sí <input type="checkbox"/> NO <b>IF YES, ANTICIPATED RETURN DATE?</b><br>SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿FECHA DE REGRESO ANTICIPADA? |
|--|--|---|

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>RETURN TO WORK STATUS</b> CONDICIÓN DE REGRESO AL TRABAJO<br><input type="checkbox"/> LIGHT LIGERO <input type="checkbox"/> MODIFIED MODIFICADO <input type="checkbox"/> REGULAR | <b>DATE EMPLOYEE LAST WORKED</b> FECHA EN QUE EL EMPLEADO TRABAJÓ POR ÚLTIMA VEZ | <b>WAS INJURY FATAL? IF YES, DATE OF DEATH</b><br>¿FUE UNA LESIÓN FATAL? SI LA RESPUESTA ES SÍ, FECHA DE MUERTE<br><input type="checkbox"/> YES/ sí <input type="checkbox"/> NO |
|---|--|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>DO YOU HAVE ANY QUESTIONS OR CONCERNS REGARDING THE INJURY?</b> ¿TIENE ALGUNA PREGUNTA O PREOCUPACIÓN CON RESPECTO A LA LESIÓN?<br><input type="checkbox"/> YES/ sí <input type="checkbox"/> NO | <b>IF YES, WHAT ARE YOU QUESTIONING?</b> SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁL ES SU PREGUNTA?<br><input type="checkbox"/> INJURY WORK RELATED LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO<br><input type="checkbox"/> EXTENT OF INJURY GRADO DE LA LESIÓN <input type="checkbox"/> OTHER OTRO |
|--|---|

**WITNESS INFORMATION** INFORMACIÓN DE TESTIGOS

|   |  |
|---|--|
| <b>NAME (FIRST, MI, LAST)</b> NOMBRE (NOMBRE, APELLIDO) | <b>PHONE NUMBER</b> NÚMERO DE TELÉFONO |
|---|--|

**ADDRESS** DIRECCIÓN

|   |  |
|---|--|
| <b>NAME (FIRST, MI, LAST)</b> NOMBRE (NOMBRE, APELLIDO) | <b>PHONE NUMBER</b> NÚMERO DE TELÉFONO |
|---|--|

**ADDRESS** DIRECCIÓN

|   |  |
|---|--|
| <b>NAME (FIRST, MI, LAST)</b> NOMBRE (NOMBRE, APELLIDO) | <b>PHONE NUMBER</b> NÚMERO DE TELÉFONO |
|---|--|

**ADDRESS** DIRECCIÓN

|  |  |
|--|--|
| <b>INJURY INFORMATION</b> INFORMACIÓN SOBRE LA LESIÓN  |  |
| CAUSE OF ACCIDENT (E.G., SLIP/FALL, LIFTING, CHEMICAL) CAUSA DEL ACCIDENTE (POR EJEMPLO, RESBALADA/CAÍDA, LEVANTAMIENTO, QUÍMICA)  |  |
| PART OF BODY INJURED (E.G., HEAD, NECK, ARM, LEG) PARTE DEL CUERPO LESIONADA (POR EJEMPLO, CABEZA, CUELLO, BRAZO, PIERNA)  |  |
| NATURE OF INJURY (E.G., FRACTURE, SPRAIN, LACERATION) NATURALEZA DE LA LESIÓN (POR EJEMPLO, FRACTURA, ESGUINCE, LACERACIÓN)  |  |
| PRIOR INJURY OR PRE-EXISTING CONDITION(S) (IF YES, PLEASE DESCRIBE) LESIÓN PREVIA O AFECCIÓN(ES) PREEXISTENTE(S) (SI LA RESPUESTA ES SÍ, DESCRIBIR)  |  |
| <input type="checkbox"/> YES/ sí <input type="checkbox"/> NO   |  |
| <b>TREATMENT (“X” ALL THAT APPLY)</b> TRATAMIENTO (“X” EN TODAS LAS RESPUESTAS QUE CORRESPONDEN)   |  |
| <input type="checkbox"/> UNKNOWN DESCONOCIDO<br><input type="checkbox"/> NO MEDICAL TREATMENT SIN TRATAMIENTO MÉDICO<br><input type="checkbox"/> FIRST AID/MINOR ON SITE TREATMENT PRIMEROS AUXILIOS/TRATAMIENTO MENOR EN EL SITIO<br><input type="checkbox"/> DOCTOR’S OFFICE/WALK-IN CLINIC CONSULTORIO DEL MÉDICO/CLÍNICA AMBULATORIA<br><input type="checkbox"/> EMERGENCY ROOM SALA DE EMERGENCIAS<br><input type="checkbox"/> HOSPITAL/CLINIC – ADMITTED >24 HOURS HOSPITAL/CLÍNICA - HOSPITALIZACIÓN > 24 HORAS |  |
| DESCRIPTION OF TREATMENT AND DATE OF 1st TREATMENT DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO Y FECHA DEL PRIMER TRATAMIENTO  |  |
| NAME, ADDRESS, PHONE NUMBER OF TREATING FACILITY NOMBRE, DIRECCIÓN, NÚMERO DE TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE TRATAMIENTO  |  |
| PHYSICIAN NAME NOMBRE DEL MÉDICO   |  |
| <b>INSURED CONTACT INFORMATION</b> INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL ASEGURADO   |  |
| CONTACT NAME NOMBRE DE CONTACTO  | PHONE NUMBER NÚMERO DE TELÉFONO  |
| EMAIL ADDRESS DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO  | BEST TIME TO CONTACT AND WHERE TO CONTACT<br>MEJOR HORA PARA CONTACTAR Y DÓNDE CONTACTAR |
| ADDITIONAL NOTES/COMMENTS OR CUSTOMER SPECIFIC INFORMATION NOTAS/COMENTARIOS ADICIONALES O INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CLIENTE  |  |



travelers.com

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183/ Travelers Indemnity Company y sus afiliadas de seguros de propiedad y accidente. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability. / Este material es exclusivamente para fines informativos. Todas las declaraciones de este material están sujetas a las disposiciones, exclusiones y condiciones de la póliza aplicable. Para obtener una descripción exacta de todas las coberturas, los términos y las condiciones, consulte la póliza de seguros. Las coberturas dependen de que los asegurados individuales satisfagan nuestros requisitos de suscripción y de la disponibilidad del estado.

CE-10347 New 12-17