

Accident Investigation Forms

Need Help?

If you would like assistance in setting up supervisory training on how to use these forms, please contact your Chesapeake Employers Claims Adjuster or Safety Management Consultant at 1-800-264-4943.

Forms may be copied as needed. These forms are also available for printing in PDF format online at www.ceiwc.com/forms-and-publications or by scanning the QR code.



Accident investigation forms/statements **should be filled out by the injured employee, supervisor and any witness** to the accident. Train your supervisors to conduct the preliminary investigation as soon as possible.

IMPORTANT – Care must be taken to ensure the investigation is fact finding, not fault finding. Obtaining signed statements as soon as possible following an accident ensures that you, the employer, have an accurate account of how the injury occurred. These complete statements are important in helping to correct hazards and prevent the accident from recurring. They also help to spot possible third-party liability as well as possible fraudulent claims.

After I have completed these forms, what do I do with them?

Please send the completed forms to your Chesapeake Employers Claims Adjuster and keep a copy for your files. These completed forms can provide valuable information in a claims investigation of an injury and for developing the defense in the event of a workers' comp hearing.

What if my injured employee is physically unable to fill out an Employee's Report of Injury?

Use common sense and good judgement. If the injury is severe, remember, your employee's health and care are first and foremost. If possible, have the form filled out at a later, more appropriate time when the employee is physically able to document the accident.

What if my employee refuses to fill out or sign an Employee's Report of Injury?

You cannot require an employee to complete the document. You can, however, stress the importance of obtaining an account of the accident to set the record straight and help prevent the injury from happening again. Also, still obtain the supervisor's report as well as any witness statements.

What if my Employee has retained an attorney? Can I still ask the injured employee to fill out an Employee's Report of Injury?

Yes. You, the employer, as part of your company's accident management plan, can still ask the employee to fill out the report form.

FORMULARIOS para investigaciones de accidentes

¿Necesite ayuda?

Si desea obtener ayuda para programar la capacitación de supervisión sobre el uso de estos formularios, por favor comuníquese con su Ajustador de Reclamaciones o Consultor de Gestión de Seguridad de Chesapeake Employers llamando al 1-800-264-4943.

Se pueden hacer copias de los formularios, según sea necesario. Los formularios también están disponibles para imprimir en formato pdf en línea en www.ceiwc.com/forms-and-publications o escaneando el código QR.



El empleado lesionado, el supervisor y todos los testigos del accidente deben completar los formularios/declaraciones de investigación de accidente. Capacite a sus supervisores para que lleven a cabo la investigación preliminar tan pronto como sea posible.

IMPORTANTES: Se debe tener cuidado en cuanto a garantizar que la investigación determine los hechos, no las faltas. Obtener declaraciones firmadas lo antes posible tras un accidente asegura que usted, como empleador, disponga de un relato preciso de cómo ocurrió la lesión. Estas declaraciones completadas son importantes para ayudar a corregir los riesgos y evitar que el accidente se repita. También ayudan a detectar la posible responsabilidad de terceros, así como las posibles reclamaciones fraudulentas.

Después de completar estos formularios, ¿qué hago con ellos?

Por favor, envíe los formularios completados a su Ajustador de Reclamaciones de Chesapeake Employers y guarde una copia para sus archivos. Estos formularios completados pueden proporcionar información valiosa en la investigación de reclamaciones de una lesión y en el desarrollo de la defensa en caso de una audiencia de compensación laboral.

¿Qué sucede si mi empleado lesionado es físicamente incapaz de completar el Informe de lesión del empleado?

Use el sentido común y el buen juicio. Si la lesión es grave, recuerde que la salud y el cuidado de su empleado están en primer lugar. Si es posible, solicítele que complete el formulario en un momento posterior, más apropiado, cuando el empleado se encuentre en condiciones físicas que le permitan documentar el accidente.

¿Qué sucede si mi empleado se niega a completar o firmar un Informe de lesión del empleado?

Por supuesto, usted no puede obligar a un empleado a completar el documento. Sin embargo, sí puede recalcar la importancia de obtener su versión del accidente para esclarecer los hechos y ayudar a prevenir que el accidente vuelva a ocurrir. Además, obtenga el informe del supervisor, así como las declaraciones de todos los testigos.

¿Qué sucede si mi empleado ha contratado a un abogado?

¿Puedo de todos modos pedirle al empleado lesionado que llene un Informe de lesión del empleado?

Sí. Usted, el empleador, como parte del plan de gestión de accidentes de su compañía, de todos modos puede pedirle al empleado que llene el formulario de informe.

Employee's Report of Injury

Policyholder: _____

Policy # _____

To be completed by the employee only.

Employee's name: _____ ☐ Male ☐ Female

Date of birth: ____/____/____ Last First Middle Email: _____ Cell Phone # (____) _____

Marital status: ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Single

Height/Weight: _____ / _____ lbs. ☐ Right- or ☐ left-hand dominant

Home address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Current job position: _____ Date of Hire: _____

Employment Status: ☐ Full time ☐ Part time ☐ Volunteer SSN: _____ Weekly salary: _____

Location of accident: _____
Address and location of accident (loading dock, bathroom, etc.)

Date of accident: _____ Time of accident: _____

Describe fully how the accident occurred (including events that occurred immediately before the accident):

Describe bodily injury(ies) sustained (be specific about body part(s) affected): _____

Recommendation(s) on how to prevent this accident from recurring: _____

Name of supervisor: _____ Last First Phone # _____

Name(s) of witness(es): _____ Phone # _____
Attach witness(es) report(s)

When did you report the accident to your supervisor? _____

To whom did you report the accident? _____

Did you require medical attention? ☐ Yes ☐ No ☐ Maybe

Name of your treating physician: _____ Phone # _____

Signature of employee: _____ Date: _____

Note: Form must be signed by hand in black or blue ink.

Informe de lesión del empleado

Titular de la póliza: _____

N.º de la póliza: _____

Debe ser completado únicamente por el empleado.

Nombre del empleado: _____ ☐ Hombre ☐ Mujer
Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Correo electrónico: _____

N.º de celular (____) _____ Estado civil: ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Soltero/a

Estatura/Peso: _____ pies / _____ libras ☐ Diestro o ☐ Zurdo

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Puesto de trabajo actual: _____ Fecha de contratación: _____

Situación laboral: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Voluntario

N.º de Seguro Social: _____ Salario semanal: _____

Ubicación del accidente: _____
Dirección y ubicación del accidente (muelle de carga, cuarto de baño, etc.)

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Describa detalladamente cómo ocurrió el accidente (incluidos los eventos que ocurrieron inmediatamente antes del mismo): _____

Describa la lesión corporal que sufrió (sea específico acerca de la parte o las partes del cuerpo afectadas):

Recomendación sobre cómo evitar que este accidente se repita: _____

Nombre del supervisor: _____ N.º de teléfono: _____
Apellido Nombre

Nombre(s) del (de los) testigo(s): _____ N.º de teléfono: _____
(Anexe el (los) informe(s) del (de los) testigo(s))

¿Cuándo informó del accidente a su supervisor? _____

¿A quién informó del accidente? _____

¿Necesita atención médica? ☐ Sí ☐ No ☐ Tal vez

Nombre del médico a cargo del tratamiento: _____ N.º de teléfono: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____
El formulario debe firmarse a mano con tinta negra o azul.

Accident Witness Statement

Policyholder: _____

Policy # _____

To be completed by the accident witness.

Injured employee's name: _____
Last First Middle

Name of witness: _____ Phone # _____
Last First Middle

Job title of witness: _____ Date of Hire: _____

Home address of witness: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Is witness any relation to the injured employee? ☐ Yes ☐ No If yes, what relation? _____

Location of accident: _____
Address and location of accident (loading dock, bathroom, etc.)

Date of accident: _____ Time of accident: _____

Describe fully how the accident occurred (including events that occurred immediately before the accident):

Describe bodily injury(ies) sustained (be specific about body part(s) affected): _____

Recommendation on how to prevent this accident from recurring: _____

Name of witness' supervisor: _____ Phone # _____
Last First

Signature of witness: _____ Date: _____

Note: Form must be signed by hand in black or blue ink.

Declaración de testigo de accidente

Titular de la póliza: _____

N.º de la póliza: _____

Debe ser completada por el testigo del accidente.

Nombre del empleado lesionado: _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Nombre del testigo: _____ N.º de tel. _____

Apellido

Nombre

Segundo nombre

Puesto de trabajo del testigo: _____ Fecha de contratación: _____

Dirección residencial del testigo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿El testigo tiene alguna relación con el empleado lesionado? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿cuál? _____

Ubicación del accidente: _____

Dirección y ubicación del accidente (muelle de carga, cuarto de baño, etc.)

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____

Describe detalladamente cómo ocurrió el accidente (incluidos los eventos que ocurrieron inmediatamente antes del mismo): _____

Describe la lesión corporal que sufrió (sea específico acerca de la parte o las partes del cuerpo afectadas): _____

Recomendación sobre cómo evitar que este accidente se repita: _____

Nombre del supervisor del testigo: _____ N.º de tel. _____

Apellido

Nombre

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

El formulario debe firmarse a mano con tinta negra o azul.

Supervisor's Accident Investigation Form

Policyholder: _____

Policy # _____

To be completed by the employee's supervisor or other responsible administrative official.

Location where accident occurred:		Employer's Premises: ☐ Yes ☐ No Job site: ☐ Yes ☐ No		Date of accident or illness:
Who was injured?		☐ Employee ☐ Non-employee If non-employee, specify:		Time of accident: ☐ a.m. ☐ p.m.
Date of hire:	Job title or occupation:	Name of dept. normally assigned to:	How long has employee worked at job where accident occurred?	
What property/equipment was damaged?			Property/equipment owned by:	
What was employee doing when injury/illness occurred? What machine or tool was being used? What type of operation?				
How did injury/illness occur? List all objects and substances involved:				
Was the accident the result of another party's negligence? If so, name of the negligent party:				
Part(s) of body affected/injured?		Any prior physical conditions? If so, what? ☐ Yes ☐ No		
Nature and extent of injury/illness and property damaged (be specific):				
Do you have any concerns about this alleged accident? If so, please specify:				

PLEASE INDICATE ALL OF THE FOLLOWING THAT CONTRIBUTED TO THE INJURY OR ILLNESS

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Failure to lockout | ☐ Improper maintenance | ☐ Poor housekeeping |
| ☐ Failure to secure | ☐ Improper protective equipment | ☐ Poor ventilation |
| ☐ Horseplay | ☐ Inoperative safety device | ☐ Unsafe arrangement or process |
| ☐ Improper dress | ☐ Lack of training or skill | ☐ Unsafe equipment |
| ☐ Improper guarding | ☐ Operating without authority | ☐ Unsafe position |
| ☐ Improper instruction | ☐ Physical or mental impairment | ☐ Other _____ |

Supervisor's corrective action to ensure this type of accident does not recur: _____

Was employee trained in the appropriate use of Personal Protective Equipment/proper safety procedures? ☐ Yes ☐ No
 Was employee using the appropriate Personal Protective Equipment/proper safety procedures at the time? ☐ Yes ☐ No
 Did employee promptly report the injury/illness? ☐ Yes ☐ No
 Is there modified duty available? ☐ Yes ☐ No

Supervisor's Name: _____ Phone # _____ Date: _____

Supervisor's Signature: _____

Note: Form must be signed by hand in black or blue ink.

Titular de la póliza: _____

N.º de la póliza: _____

(Debe ser completado por el supervisor del empleado u otro directivo administrativo a cargo.)

Ubicación donde ocurrió el accidente:		Instalaciones del empleador: ☐ Sí ☐ No	Fecha del accidente o enfermedad:
¿Quién resultó lesionado?		Lugar de trabajo: ☐ Sí ☐ No	Hora del accidente: ☐ a.m. ☐ p.m.
Fecha de contratación:		Puesto de trabajo u ocupación:	
Nombre del departamento de asignación habitual:		¿Cuánto tiempo ha trabajado el empleado en el trabajo donde sufrió la lesión?	
¿Qué propiedades/equipos resultaron dañados?		Propiedades/equipos de propiedad de:	
¿Qué estaba haciendo el empleado cuando sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? ¿Qué máquina o herramienta se estaba utilizando? ¿Qué tipo de operación?			
¿Cómo sufrió la lesión/contrajo la enfermedad? Haga una lista de todos los objetos y sustancias involucrados.			
¿Fue el accidente el resultado de la negligencia de otra parte? En ese caso, nombre la parte negligente:			
¿Parte del cuerpo afectada/lesionada?		¿Alguna condición de salud física anterior? En caso afirmativo, ¿cuál? ☐ Sí ☐ No	
Naturaleza y magnitud de la lesión/enfermedad y propiedades dañadas (sea específico):			
¿Tiene inquietudes acerca de este supuesto accidente? En caso afirmativo, especifique:			

POR FAVOR, INDIQUE TODO LO SIGUIENTE QUE CONTRIBUYÓ A LA LESIÓN O ENFERMEDAD

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Falta de bloqueo | ☐ Mantenimiento inadecuado | ☐ Operaciones de orden y limpieza deficientes |
| ☐ Falta de asegurar | ☐ Equipos de protección inadecuados | ☐ Mala ventilación |
| ☐ Juegos pesados | ☐ Dispositivo de seguridad inoperante | ☐ Arreglo o proceso poco seguro |
| ☐ Vestimenta inadecuada | ☐ Falta de capacitación o habilidad | ☐ Equipos poco seguros |
| ☐ Vigilancia inadecuada | ☐ Operación sin autorización | ☐ Posición poco segura Unsafe position |
| ☐ Instrucción inadecuada | ☐ Impedimento físico o mental | ☐ Otro _____ |

Acción correctiva del supervisor para garantizar que este tipo de accidente no se repita: _____

- ¿Recibió el empleado capacitación sobre el uso adecuado del equipo de protección personal y los procedimientos de seguridad correctos? ☐ Sí ☐ No
- ¿Estaba el empleado usando los equipos de protección personal apropiados/procedimientos de seguridad adecuados en ese momento? ☐ Sí ☐ No
- ¿El empleado informó oportunamente sobre la lesión/enfermedad? ☐ Sí ☐ No
- ¿Hay tareas modificadas disponibles? ☐ Sí ☐ No

Nombre del supervisor: _____ N.º de teléfono: _____ Fecha: _____

Firma del supervisor: _____

El formulario debe firmarse a mano con tinta negra o azul.