

Accident Investigation FORMS

How to use these important TOOLS

Includes:

Employee's Report
of Injury Form

Accident Witness
Statement Form

Supervisor's Accident
Investigation Form

*Forms may be copied
as needed.*

*Forms are also
available for printing
in pdf format online at
www.ceiwc.com.*

Need Help?

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

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 assure 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 completed 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 these forms completed, what do I do with them?

Please send the completed forms to your 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 the 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?

Of course, you cannot make an employee fill out the document. You can, however, stress the importance of getting his or her account of the accident to set the record straight and to help prevent the accident 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.

Cómo usar estas importantes HERRAMIENTAS

Incluye:

Formulario de informe de lesión del empleado

Formulario de declaración de testigo de accidente

Formulario de investigación de accidente del supervisor

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.



¿Necesita 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 llamando al 1-800-264-4943.

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.



IMPORTANTE: Se debe tener cuidado en cuanto a garantizar que la investigación determine los hechos, no las faltas. La obtención de declaraciones firmadas tan pronto como sea posible después de un accidente asegura que usted, el empleador, tenga un informe exacto 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 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, puede hacer hincapié en la importancia de obtener su versión del accidente para determinar de manera precisa lo sucedido y ayudar a evitar 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 _____
Last First Middle

Date of birth: ____/____/____ Home telephone # (____) _____

Marital status: M / D / W / S Height/Weight: _____" / _____ lbs. _____Right- or _____left-hand dominant

Home address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Current job position: _____ How long employed here: _____

Social Security No.: _____ - _____ - _____ Weekly salary: _____

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

Date of accident: _____ Time of accident: _____

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

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

Recommendation on how to prevent this accident from recurring: _____

Name of supervisor: _____ Phone # _____
Last First

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 injury? _____

Do you require medical attention? Yes: _____ No: _____ Maybe: _____

Name of your treating physician: _____ Phone # _____

Signature of employee: _____ Date: _____

Note: form must be signed by hand



Informe de lesión del empleado

Titular de la póliza: _____
N.º de la póliza: _____

(Debe ser completado únicamente por el empleado).

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

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ .N.º de teléfono particular: (____) _____

Estado civil: C / D / V / S Estatura/Peso: _____ pies / _____ libras __Diestro o __ Zurdo

Dirección residencial: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Puesto de trabajo actual: _____ Antigüedad en este empleo: _____

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: _____

Nombre(s) del (de los) testigo(s): _____ Apellido _____ Nombre _____ N.º de teléfono: _____

¿Cuándo informó del accidente a su supervisor? _____
(Anexe el (los) informe(s) del (de los) testigo(s))

¿A quién informó de la lesión? _____

¿Necesita atención médica? Sí: _____ No: _____ Tal vez: _____

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

Firma del empleado: _____ Fecha: _____



Accident Witness Statement

Policyholder: _____
Policy #: _____

(To be completed by accident witness.)

Injured employee's name: _____
Last First Middle

Name of witness: _____ Phone# _____
Last First Middle

Job title of witness: _____ How long employed here? _____

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/name of building; area (bathroom, etc.)

Date of accident: _____ Time of accident: _____

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

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

Recommendation on how to prevent this accident from recurring: _____

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

Signature of witness: _____ Date: _____
Note: form must be signed by hand



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: _____ Antigüedad en este empleo _____

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/nombre del edificio; área (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: _____



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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Date of accident or illness:
		Job site: Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Who was injured?		Employee <input type="checkbox"/> Non-employee <input type="checkbox"/>	Time of accident a.m. <input type="checkbox"/>
		If non-employee, specify _____	p.m. <input type="checkbox"/>
Length of time with firm:	Job title or occupation:	Name of dept. normally assigned to:	How long has employee worked at job where injury or illness 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 of body affected/injured?		Any prior physical conditions? If so, what?	
		Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nature and extent of injury/illness and property damaged (be specific):			
Do you have any concerns about this alleged accident or injury? If so, please specify:			

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Failure to lockout | <input type="checkbox"/> Improper maintenance | <input type="checkbox"/> Poor housekeeping |
| <input type="checkbox"/> Failure to secure | <input type="checkbox"/> Improper protective equipment | <input type="checkbox"/> Poor ventilation |
| <input type="checkbox"/> Horseplay | <input type="checkbox"/> Inoperative safety device | <input type="checkbox"/> Unsafe arrangement or process |
| <input type="checkbox"/> Improper dress | <input type="checkbox"/> Lack of training or skill | <input type="checkbox"/> Unsafe equipment |
| <input type="checkbox"/> Improper guarding | <input type="checkbox"/> Operating without authority | <input type="checkbox"/> Unsafe position |
| <input type="checkbox"/> Improper instruction | <input type="checkbox"/> Physical or mental impairment | <input type="checkbox"/> 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	Supervisor's signature	Phone #	Date
-------------------	------------------------	---------	------

Note: form must be signed by hand



Formulario de investigación de accidente del supervisor

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha del accidente o enfermedad:
		Lugar de trabajo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Quién resultó lesionado?		Empleado <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/>	Hora del accidente a.m. <input type="checkbox"/>
		Si no es empleado, especifique _____	p.m. <input type="checkbox"/>
Antigüedad dentro de la compañía:	Puesto de trabajo u ocupación:	Nombre del departamento de asignación habitual:	¿Cuánto tiempo ha trabajado el empleado en el trabajo donde sufrió la lesión o contrajo la enfermedad?
¿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 estaba siendo usada? ¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Naturaleza y magnitud de la lesión/enfermedad y propiedades dañadas (sea específico):			
¿Tiene inquietudes acerca de este supuesto accidente o lesión? En caso afirmativo, especifique:			

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

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No adhesión a cierre patronal | <input type="checkbox"/> Mantenimiento inadecuado | <input type="checkbox"/> Operaciones de orden y limpieza deficientes |
| <input type="checkbox"/> Sin asegurar | <input type="checkbox"/> Equipos de protección inadecuados | <input type="checkbox"/> Mala ventilación |
| <input type="checkbox"/> Juegos pesados | <input type="checkbox"/> Dispositivo de seguridad inoperante | <input type="checkbox"/> Arreglo o proceso poco seguro |
| <input type="checkbox"/> Indumentaria inadecuada | <input type="checkbox"/> Falta de capacitación o habilidad | <input type="checkbox"/> Equipos poco seguros |
| <input type="checkbox"/> Vigilancia inadecuada | <input type="checkbox"/> Operación sin autorización | <input type="checkbox"/> Posición poco segura |
| <input type="checkbox"/> Instrucción inadecuada | <input type="checkbox"/> Impedimento físico o mental | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

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

- ¿El empleado recibió capacitación en lo que respecta al uso apropiado de equipos de protección personal/procedimientos de seguridad adecuados? 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 _____ Firma del supervisor _____ N.º de teléfono _____ Fecha _____