

INCIDENT INVESTIGATION REPORT

THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

THIS REPORT TO BE COMPLETED BY EMPLOYER.

NAME OF INJURED EMPLOYEE	DATE OF INCIDENT	TIME OF INCIDENT _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	DATE REPORTED
JOB TITLE/DEPARTMENT			HIRE DATE
EMPLOYER		POLICY NO.	
EMPLOYER CONTACT NAME		EMPLOYER PHONE NO.	
JOB PERFORMED		EXPERIENCE PERFORMING JOB	
LOCATION OF INCIDENT		PERSON INCIDENT WAS REPORTED TO	
EXTENT OF INJURY ☐ NO INJURY ☐ FIRST AID ONLY ☐ TAKEN TO CLINIC ☐ TAKEN TO ER ☐ FATALITY		TREATING MEDICAL FACILITY	
DESCRIPTION OF INCIDENT			
ANY WITNESSES? ☐ YES ☐ NO	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.
WERE THERE OTHERS INJURED? ☐ YES ☐ NO	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.
WAS THERE PHYSICAL DAMAGE?			
CAUSE OF INCIDENT			

CONTRIBUTING INCIDENT FACTORS

Physical ☐ Poor housekeeping ☐ Poor or no equipment guarding ☐ Improper Illumination ☐ Improper ventilation ☐ Equipment failure ☐ Unsafe apparel ☐ Medical condition (e.g. stroke, cardiac arrest) ☐ Surrounding subcontractor at fault ☐ Conditions e.g. wet ☐ Other _____ ☐ Other _____	Behavioral ☐ Not using required PPE ☐ Performing duties outside of scope of job ☐ Failure to obey supervisor's instructions ☐ Failure to obey job procedures ☐ Suspected intoxication ☐ Employee was engaged in horseplay ☐ Employee was unsuited for the job ☐ Other _____ ☐ Other _____ ☐ Other _____	Procedural ☐ Asked to perform job without training ☐ Operating equipment without training ☐ Poor enforcement of PPE use ☐ Needed equipment not supplied ☐ Failure to inspect equipment ☐ Failure to correct poor procedures ☐ Wrong equipment for the operation ☐ Wrong chemical or other used ☐ No pre-site inspection ☐ Other _____ ☐ Other _____
REPORT COMPLETED BY	SIGNATURE	DATE
TITLE/EMPLOYER	PHONE NO.	
Submit completed form to: MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205		Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, REPORTE LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAMANDO A 800.442.0593.

ESTE INFORME SERÁ COMPLETADO POR EL EMPLEADOR.

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO	FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	FECHA REPORTADA
TÍTULO DEL PUESTO/DEPARTAMENTO			FECHA DE INICIO DE EMPLEO
EMPLEADOR		NÚMERO DE POLÍTICA	
NOMBRE DEL CONTACTO DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
TRABAJO REALIZADO		EXPERIENCIA REALIZANDO EL TRABAJO	
UBICACIÓN DEL INCIDENTE		LA PERSONA QUE REPORTÓ EL INCIDENTE	
GRADO DE LESIÓN ☐ SIN LESIÓN ☐ PRIMEROS AUXILIOS SOLAMENTE ☐ LLEVADO A LA CLÍNICA ☐ LLEVADO A LA SALA DE EMERGENCIAS ☐ FATALIDAD		CENTRO MÉDICO DE TRATAMIENTO	
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE			
¿HUBO TESTIGOS? ☐ SI ☐ NO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
¿HUBO OTROS LESIONADOS? ☐ SI ☐ NO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
¿HUBO DAÑOS FÍSICOS?			
CAUSA DEL INCIDENTE			

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL INCIDENTE

Físico ☐ Mala limpieza ☐ Protección de equipo deficiente o inexistente ☐ Iluminación inadecuada ☐ Ventilación inadecuada ☐ Falla del equipo ☐ Vestimenta insegura ☐ Condición médica (por ejemplo, accidente cerebrovascular, paro cardíaco) ☐ Subcontratista circundante culpable ☐ Condiciones (por ejemplo, mojado) ☐ Otro _____ ☐ Otro _____	Conductual ☐ No utilizó el equipo de protección personal requerido ☐ Realizar tareas fuera del alcance del trabajo ☐ No obedeció las instrucciones del supervisor ☐ No cumplir con los procedimientos del trabajo ☐ Sospecha de intoxicación por drogas o alcohol ☐ El empleado estaba jugando ☐ El empleado no estaba capacitado para el trabajo ☐ Otro _____ ☐ Otro _____	Procedimental ☐ Se le pidió realizar un trabajo sin capacitación ☐ Estaban operando equipos sin capacitación ☐ Falta de aplicación de equipos de protección personal ☐ Falta de equipo necesario ☐ Falta de inspección del equipo ☐ No corregir procedimientos deficientes ☐ Equipo incorrecto para la operación ☐ Producto químico o otro incorrecto utilizado ☐ Sin inspección previa al sitio ☐ Otro _____ ☐ Otro _____
INFORME COMPLETADO POR	FIRMA	FECHA
TÍTULO DEL PUESTO	NÚMERO DE TELÉFONO	
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205		
Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com		