

INCIDENT WITNESS STATEMENT

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

NAME OF WITNESS		DATE OF INCIDENT	TIME OF INCIDENT _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	DATE REPORTED
DEPARTMENT		JOB TITLE		HIRE DATE
EMPLOYER (IF NOT AN EMPLOYEE)		PHONE NO. (IF NOT AN EMPLOYEE)		NAME OF SUPERVISOR
LOCATION OF INCIDENT				
NAME OF INJURED EMPLOYEE				
NAME OF INJURED EMPLOYEE'S EMPLOYER/POLICY NO.		EMPLOYER'S PHONE NO.		
DESCRIPTION OF INCIDENT				
PHYSICAL CONDITIONS AT THE TIME OF INCIDENT				
ANY OTHER 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.
REPORT COMPLETED BY		SIGNATURE		DATE
TITLE		EMPLOYER		
Submit completed form to:		MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205		Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DEL INCIDENTE

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

NOMBRE DEL TESTIGO		FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE ☐ A.M. ☐ P.M.	FECHA DEL REPORTE
DEPARTAMENTO		TÍTULO DEL PUESTO		FECHA DE CONTRATACIÓN
EMPLEADOR (SI NO ES UN EMPLEADO)		TELÉFONO NÚMERO (SI NO ES UN EMPLEADO)		NOMBRE DEL SUPERVISOR
LUGAR DEL INCIDENTE				
NOMBRE DEL EMPLEADO HERIDO				
NOMBRE DEL EMPLEADO HERIDO EMPLEADOR/NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR		
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE				
CONDICIONES FÍSICAS EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE				
CUALQUIER OTRO 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
INFORME COMPLETADO POR		FIRMA		FECHA
TÍTULO DEL PUESTO		EMPLEADOR		
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205 Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com				