



International Medical Group®, Inc.
P.O. Box 88500, Indianapolis, IN 46208-0500
317.655.4500 ou 800.628.4664
Fax: 317.655.4505
insurance@imglobal.com
www.imglobal.com

QUESTIONÁRIO GERAL DE ACIDENTES

Nome do segurado: _____ Pessoa que sofreu a lesão: _____

Número do certificado: _____ Data do acidente: _____

Por favor, preencha o questionário abaixo e devolva-o à IMG para que possamos atualizar nossos registros. A falta dessas informações pode atrasar o processamento.

1. Forneça detalhes exatos do acidente, incluindo data, hora, local e como ocorreu. Forneça o endereço do local onde ocorreu a lesão, o nome do proprietário do imóvel, nome do imóvel/seguradora responsável pela cobertura do imóvel e seu endereço completo, bem como número de telefone e número da apólice.
2. O acidente foi relacionado ao seu emprego? Caso afirmativo, forneça o nome e o endereço completos do empregador.
3. Foi realizado um boletim de ocorrência? Caso afirmativo, forneça uma cópia do boletim.
4. Caso a lesão tenha sido resultado de um acidente com veículo automotor, forneça o nome, endereço e número de telefone da operadora de seguro do automóvel responsável pelo sinistro.
5. O acidente foi relacionado a uma atividade atlética organizada ou sancionada, envolvendo jogos e/ou treinos regulares ou programados? Em caso afirmativo, foi apresentado um relatório do acidente ao coordenador esportivo? Forneça uma cópia de todos os relatórios de acidente relacionados.
6. Caso tenha contratado um advogado, forneça à IMG o nome completo, endereço e número de telefone do advogado.

Certifico, sob pena de perjúrio, que: (1) todas as respostas anteriores são verdadeiras e corretas com base em todas as informações conhecidas ou disponíveis a mim; (2) não omiti ou deixei de divulgar qualquer fato que alterasse, modificasse ou afetasse qualquer uma das respostas anteriores; e (3) caso eu não responda cada uma das perguntas anteriores de forma completa e exata, estarei violando meus deveres para com a IMG e isso poderá resultar em perda de cobertura ou anular meu Contrato de Seguro.

Assinatura: _____ Data: _____