

# Formulário de Solicitação de Indenização e Autorização

## Instruções



Imprimir de forma legível e preencher TODAS AS SEÇÕES deste formulário. Enviar por correio, fax, ou email o formulário preenchido para:

**Endereço:** International Medical Group, Inc. Claims, P.O. Box 9162, Farmington Hills, MI 48333-9162 USA,

**Ligue para:** +1.800.628.4664 ou fora dos EUA +1.317.655.4500; **Fax:** +1.317.655.4505

**E-mail:** [customercare@imglobal.com](mailto:customercare@imglobal.com)

[www.imglobal.com](http://www.imglobal.com)

Para que este formulário seja uma comprovação válida de uma solicitação de indenização, é preciso anexar os documentos originais e garantir que a documentação esteja legível, indicando o nome do paciente, data do serviço, diagnóstico, procedimento e/ou tipo de serviço, juntamente com os custos detalhados. O não envio de um formulário completo e preciso resultará em atrasos no processamento. O segurado tem um prazo limitado para apresentar uma comprovação completa de solicitação de indenização, e a IMG (doravante denominada a "Empresa") poderá, a seu critério, negar cobertura referente à comprovação da solicitação de indenização apresentada posteriormente devido a uma comprovação incompleta e/ou o não envio de uma comprovação de solicitação de indenização.

### PARTE A. A ser preenchida pelo requerente para todas as solicitações de indenização

Nome do Requerente/Paciente: (Conforme consta na carteira de identidade)		Número do passaporte/visto:	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	
Relação do Requerente com o Segurado Principal: <input type="checkbox"/> O Próprio <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Outro			
Nome do Segurado Principal: (Conforme consta na carteira de identidade)		Nº do Documento de Identidade do Segurado:	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	Data de nascimento: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)	
Endereço no país de origem:			
Endereço atual:		Cidade:	
Estado:	Código postal:	Telefone residencial:	Telefone comercial:
As comunicações devem ser enviadas por e-mail para:			
Você é estudante em tempo integral? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Número do Grupo:	
Caso afirmativo, forneça as seguintes informações:			
Nome da escola:			
Endereço:		Telefone:	
Cidade:	Estado:	Código Postal:	País:
E-mail:			
Quantos meses do ano você reside nos EUA?			

### INFORMAÇÕES SOBRE BENEFICIÁRIO ALTERNATIVO

Nome:			
Endereço:		Telefone:	
Cidade:	Estado:	Código Postal:	País:
E-mail:			

### Se o requerente for ou puder ser beneficiário de outra cobertura, preencha os itens abaixo.

Nome do Segurado Principal: (conforme consta na carteira de identidade)		Data de nascimento: ___/___/___ (DD/MM/AAAA)		
Endereço para correspondência do segurado:		Cidade:	Estado:	Código Postal:
Nome da outra operadora:		Número de identificação da outra cobertura:		
Tipo da outra cobertura:		Número de telefone da operadora:		
Endereço da operadora:		Cidade:	Estado:	Código postal:
Nome do empregador:		Número de telefone do empregador:		
Endereço do empregador:		Cidade:	Estado:	Código postal:

**PARTE B.** A ser preenchida pelo requerente para cada nova condição, lesão ou doença (caso precise de mais espaço, anexe uma folha separada)

1. Quando o primeiro sintoma dessa condição começou? Indique a data exata, se possível: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (DD/MM/AAAA)
2. Como a condição começou? Declare todos os sintomas e descreva, em detalhes, a condição após o início. Para acidentes, inclua detalhes pertinentes, do tipo como, quando e onde o acidente ocorreu.
3. Você já apresentou ou recebeu tratamento para esse tipo de condição antes?  Sim  Não
4. Liste todos os nomes e endereços dos prestadores que consultou para esta condição.
5. Que doenças, enfermidades, patologias, lesões ou outros distúrbios, condições ou enfermidades físicas, médicas, mentais ou nervosas você apresentou nos últimos cinco anos? Forneça o nome e/ou descrição de cada condição, datas de tratamento e nome e endereço da instalação de saúde e/ou médico(s) responsável(is).
6. Esta condição é resultado de um acidente, lesão ou doença:
  - a. Relacionado ao emprego?  Sim  Não  
Em caso afirmativo, você está solicitando benefícios relacionados à Indenização Ocupacional?  Sim  Não
  - b. Envolveu um veículo automotor ou as ações de outra pessoa?  Sim  Não  
Caso afirmativo, liste os nomes das partes envolvidas, operadoras de seguro e números de apólices.
  - c. Foi protocolado algum relatório em alguma entidade governamental ou de investigação?  Sim  Não  
Em caso afirmativo, identifique o departamento e o endereço em que foi protocolado.
  - d. Esse acidente foi relacionado a uma atividade atlética organizada ou sancionada,  Sim  Não  
envolveu 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.
  - e. Caso tenha contratado um advogado, forneça à IMG o nome completo, endereço e número de telefone do advogado.

**PARTE C. Preencha para todos os tratamentos recebidos fora dos Estados Unidos.**

Data do serviço (DD/MM/AAAA)	Prestador	Que tipo de serviço foi prestado e/ou qual foi nome do medicamento fornecido?	Qual foi a doença/lesão?	Cidade/país	Tipo de moeda paga ou faturada	Cobrança total paga ou faturada	Convertido em fundos dos EUA	Uso exclusivo do escritório

**PARTE D. DETALHES DO PAGAMENTO (Cheques serão emitidos apenas para um endereço nos Estados Unidos.)**

<input type="checkbox"/> Efetuar pagamento ao prestador			
<input type="checkbox"/> Efetuar pagamento ao segurado principal	Método de reembolso	<input type="checkbox"/> ACH bancário ou transferência bancária (preencher abaixo)	<input type="checkbox"/> Cheque
<input type="checkbox"/> Efetuar pagamento para beneficiário alternativo	Método de reembolso	<input type="checkbox"/> ACH bancário ou transferência bancária (preencher abaixo)	<input type="checkbox"/> Cheque

Nome do titular da conta:		
Banco:		
Endereço do banco:	Cidade:	País:
Moeda do reembolso:	Número ABA de 9 dígitos do banco — bancos norte-americanos:	
Código SWIFT de 8 ou 11 dígitos do banco — bancos fora dos EUA:		Código de ordenação:
Número da conta bancária:		IBAN do banco:
<b>Dados bancários intermediários (se aplicável):</b>		
Nome do banco intermediário:		
Código SWIFT do banco intermediário:		Número da conta bancária intermediária:

**PARTE E. AUTORIZAÇÃO**—a ser preenchida pelo requerente *para todas as solicitações de indenização*.

Certifico que todas as informações contidas neste formulário são verdadeiras, corretas e completas, tanto quanto é do meu conhecimento. Autorizo qualquer plano de saúde, prestador de cuidados de saúde, profissional de saúde, MIB, agência governamental federal, estadual ou local, empresa de seguros ou resseguros, agência de informação ao consumidor, empregador, plano de benefícios ou qualquer outra organização ou pessoa que possua registros ou conhecimentos sobre minha saúde e que possua qualquer informação disponível sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico com relação a qualquer condição física ou mental e/ou tratamento que recebi, e qualquer informação não médica sobre mim, a divulgar todo o meu prontuário, arquivo, histórico, medicamentos e qualquer outra informação relativa a mim, e a fornecer toda e qualquer informação ao meu agente de registro e representantes autorizados da Empresa, IMG e suas afiliadas e subsidiárias. Os indivíduos têm o direito de se recusar a assinar a autorização sem consequências negativas ao tratamento ou cadastro no plano, exceto pelo fato de que a IMG não poderá administrar solicitações de indenização, determinar a elegibilidade do benefício ou emitir pagamentos. A autorização é válida pelo prazo do contrato ou plano de seguro sob o qual uma solicitação de indenização foi apresentada.

Compreendo possuir o direito de receber uma cópia desta autorização mediante solicitação e revogá-la a qualquer momento mediante comunicação por escrito à IMG. Uma cópia do presente deverá ter a mesma validade que o documento original. Reconheço e compreendo que existe a possibilidade de as informações estarem sujeitas a nova divulgação pelo destinatário e de deixarem de ser protegidas pelas leis de privacidade e confidencialidade aplicáveis.

**A apresentação intencional de uma solicitação falsa ou fraudulenta de pagamento de perda de benefício ou de informações falsas em um pedido de seguro é considerada crime, estando o infrator sujeito a multas e detenção.**

Nome Por Extenso do Segurado: \_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado/Representante Legal: **X** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

**AUTORIZAÇÃO:**

Autorizo o pagamento de quaisquer benefícios por despesas médicas elegíveis ao prestador ou outro fornecedor de serviços que tenha direito ao pagamento das contas anexas.

Assinatura do Segurado/Representante Legal: **X** \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (DD/MM/AAAA)

Caso este formulário seja assinado por alguém que não seja o paciente ou os pais, como um representante pessoal, representante legal ou responsável em nome do paciente, envie o seguinte: uma cópia de um formulário de representação em saúde, procuração, ordem judicial ou outra documentação que comprove a custódia ou outra documentação jurídica demonstrando autoridade do representante legal para agir em nome do paciente.

Se necessário, é possível enviar a documentação por serviço expresso noturno ao seguinte endereço:  
2960 North Meridian Street, Indianapolis, IN 46208

