

QUESTIONÁRIO MÉDICO DE ACIDENTE



O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS É OBRIGATÓRIO.

A. INFORMAÇÃO DO TITULAR/DEPENDENTE

Sobrenome (s): _____

Nome, inicial do nome do meio: _____

Data de Nascimento (mm/dd/aaaa): ____ ____ ____ N° de ID do Segurado: _____

Grupo/Nome do Empregador: _____ Data do Acidente (mm/dd/aaaa): ____ ____ ____

Descreva detalhadamente como o acidente ocorreu:

É possível que outra pessoa seja responsável por causar o seu acidente? Sim Não Se sim, por favor forneça detalhes.

Você estava sob a influência de drogas ou álcool no momento do acidente? Sim Não

Existe outro seguro com responsabilidade financeira sobre essa lesão, por exemplo: Compensação do trabalhador, Automóvel, Seguro de Propriedade? Sim Não Se sim, por favor forneça detalhes do outro plano.

Nome do plano: _____

N° da Apólice: _____ N° para contato: _____

B. INFORMAÇÃO DO MÉDICO ATENDENTE

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

C. AVISO DE FRAUDE

Qualquer pessoa que intencionalmente ferir, defraudar ou enganar qualquer seguradora, apresentar uma declaração de solicitação de reembolso contendo informações falsas, incompletas ou enganosas poderá ser considerada culpada de um crime doloso.

Assinatura: _____

Data: ____ ____ ____

POR FAVOR ANEXO UMA CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE, SE APLICÁVEL.