

Cuestionario General de Accidente

Nombre del Asegurado: _____ Persona Accidentada: _____

Numero de Certificado: _____ Fecha del Accidente: _____

Por favor completar el cuestionario debajo y devuelvalo a IMG incluyendo la fecha, la hora y como ocurrio. El proceso se puede dilatar sin esta informacion.

1. Por favor proveer los detalles exactos del accidente, incluyendo la fecha, la hora, y el lugar donde ocurrio. Por favor proporcionar la direccion exacta donde ocurrio, el nombre del propietario de la propiedad y el nombre de la aseguradora que asegura la propiedad. Por favor incluir la direccion, telefono de la compania, junto con el numero de poliza.
2. Este accidente fue en relacion a su trabajo? Si fue en relacion a su trabajo, por favor incluir el nombre del empleador y direccion?
3. Hubo un reporte policiaco? Si lo hubo, por favor incluir una copia.
4. Si este accidente fue relacionado a un accidente automovilistico, por favor enviar el nombre y el telefono de la compania manejando el reclamo automovilistico.
5. Este accidente fue relacionado a una actividad atletica o sancionada, que involucra, practicas or juegos regularmente? Si es asi, se completo un reporte con el patrocinador de deportes? Por favor proveer reportes in relacion al accidente.
6. Si Ud, ha contratado a un abogado para que lo represente, por favor proveer el nombre, direccion y el telefono, del mismo.

Yo Certifico bajo pena de falso testimonio, que (1) todas las respuestas precedentes son verdaderas y correctas basado en toda la informacion conocida por mi; (2) Yo no he omitido o he fallado en revelar ningun hecho que haria cambiar, alterar o afectar las respuestas precedentes y (3) mi fracaso en precisamente completar o responder cada una de las preguntas precedentes violara mis deberes a IMG y puede resultar en Perdida de cobertura o anulacion de mi contrato de Seguro.

Firma: _____

Fecha: _____