



**AVISO DE SINISTRO:
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS**

DECLARAÇÕES DO SEGURADO

Nome do Sinistrado				CPF	
Endereço				Bairro	
Cidade	CEP	UF	Data de Nascimento __/__/__	Telefone (DDD, Ramal, etc)	
Profissão			E-mail:		
<input type="checkbox"/> Segurado Principal			<input type="checkbox"/> Dependente		
Quando se manifestou a moléstia?					
Local e Data			Assinatura do Segurado		

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a creditar em minha conta corrente/poupança o valor da indenização, desde que a mesma seja deferida.

Nome do Segurado: _____ CPF/CNPJ: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Possui domicílio fiscal em outro país? Não Sim. Qual país? _____

Estou ciente que:

- as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente/poupança após a conclusão da análise do processo de liquidação de sinistro e constatação da cobertura do evento, sujeita as condições que regem o contrato de seguro.
- a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer em decorrência de insuficiência ou erros nas declarações prestadas.
- a conta corrente/poupança informada deve obrigatoriamente estar em nome do segurado.
- caso opte por recebimento no caixa da matriz MBM (Porto Alegre/RS), o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível.
- a cobertura referente aos procedimentos anestésicos não figura reembolso das despesas, pois é regulada de acordo com as condições gerais e especiais do segurado.

Assinatura do Segurado

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE

Apólice n°	n° certificado	Estipulante	
Telefone (DDD, Ramal, etc)	Contato no Estipulante		Data de Admissão na Empresa
Nome Completo do Segurado			
Local e Data		Assinatura e Carimbo do Estipulante	