

DECLARAÇÕES DO SEGURADO

TIPO DE SINISTRO: IPA DMHO DI Data do Acidente: ____/____/____

Nome do Segurado/Requerente		Data de Nascimento	CPF
Endereço (Rua, número, complemento)		Bairro	E-mail
Cidade	CEP	Estado	Telefone (DDD, Ramal, etc)
Profissão	Placa do Veículo	Modelo do Veículo	RENAVAM
Nome e endereço dos médicos que o assistiram			
Nome e endereço dos hospitais em que foi atendido			
Narração circunstancial de como ocorreu o acidente, das suas causas e conseqüências			
Qual era a atividade exercida no momento do acidente?			
Houve testemunhas? (indique nome e telefone)			
Quem prestou os primeiros socorros?			
Houve ocorrência policial?			
Já havia sofrido algum acidente anteriormente? (Mencionar data e caráter da lesão)			
Período do tratamento médico			

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a creditar em minha conta corrente/poupança o valor do resgate, desde que o mesmo seja deferido.

Nome do Segurado/Requente: _____ CPF/CNPJ: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Possui domicílio fiscal em outro País? () Não () Sim. Qual País? _____

Vossa Senhoria é Pessoa Politicamente Exposta (PPE)? () Não () Sim. Por qual motivo? _____

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 e de acordo com o regulamento do plano; a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer em decorrência de insuficiência das declarações prestadas; a conta corrente/poupança informada deve obrigatoriamente estar no nome do participante; caso opte por recebimento no caixa da matriz da MBM, em Porto Alegre/RS, o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível.

Atenção: Para evitar reprogramação do pagamento as seguintes contas não devem, de forma nenhuma, serem indicadas: Conta de pessoa jurídica; Conta salário e/ou benefício; Conta conjunta quando o beneficiário não for o titular; Conta tipo FÁCIL: ver limite de movimentação mensal; Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal); Conta Poupança: Operação 013 da CEF aberta em Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00; *Conta Bloqueada ou Inativa *Conta de Cooperativa de Crédito.

 Assinatura do Segurado/Requerente

LOCAL DESTINADO AO MBM

Recebido por (nome legível e carimbo):	Data de Recebimento
--	---------------------

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

INVALIDEZ POR ACIDENTE OU DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

Data do Acidente ____/____/____	Data do primeiro atendimento ____/____/____	Quem lhe descreveu o acidente?
Como foi descrito o acidente?		
Quais as lesões ocorridas? (indicar caráter, sede e extensão, largura e profundidade)		CID
As lesões são diretamente decorrentes de causa traumática? Indique as causas		
As lesões foram exclusivamente causadas pelo acidente?		
A que tratamento(s) foi submetido o paciente?		
Houve internação hospitalar? Em que data? Em que hospital?		
Sofreu intervenção cirúrgica? Qual(is)? Em que data?		
Havia alguma patologia ou sequela pré-existente que pudesse ou não agravar as lesões? Qual(is)?		
Encontra-se com alta médica? <input type="checkbox"/> Sim, desde ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não, prevista para ____/____/____		
Em caso de alta médica, a que tratamento(s) está sendo submetido no momento?		
O paciente apresenta invalidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Temporária <input type="checkbox"/> Permanente		
Em caso de invalidez permanente, descreva com detalhes		
Classifique de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado		

O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA

Nome do Médico		CPF
Endereço (Rua, número, complemento)		Bairro
Cidade	CRM	Telefone (DDD, Ramal, etc)
Local e Data		Assinatura e Carimbo do médico

DADOS DO CORRETOR

Nome do corretor	
E-mail	Telefone

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE

Apólice n°	n° certificado	Estipulante
Telefone (DDD, Ramal, etc)	Contato no Estipulante	Data de Admissão na Empresa
Nome Completo do Segurado		Data em que trabalhou pela última vez
O segurado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Por tempo de serviço desde	Por motivos de saúde desde
Houve Afastamento do trabalho por doença ou por acidente nos últimos três anos? (Discriminar abaixo) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
De ____/____/____ até ____/____/____ por motivo de:		
De ____/____/____ até ____/____/____ por motivo de:		
De ____/____/____ até ____/____/____ por motivo de:		
Local e Data		Assinatura e Carimbo do Estipulante