

**DECLARAÇÕES DO SEGURADO/REQUERENTE**

Data do Acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Segurado/Requerente		Data de Nascimento ____/____/____	CPF
Placa do Veículo	Modelo do Veículo		RENAVAM
Nome Completo do <b>Segurado</b>			CPF / CNPJ
Endereço		Bairro	Cidade
CEP	UF	E-mail	Data de Nascimento ____/____/____ Telefone (DDD, Ramal, etc)
Nome do <b>Requerente</b>			Grau de parentesco com o(a) sinistrado(a)
Endereço			Cidade
CEP	UF	E-mail	Data de Nascimento ____/____/____ Telefone (DDD, Ramal, etc)

**DADOS DO SINISTRO**

Local e Descrição do Sinistro
-------------------------------

**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

Nome do Paciente		<input type="checkbox"/> Morte Acidental <input type="checkbox"/> Morte Natural	
Data do Óbito ____/____/____	Hora do Óbito	Nome e Endereço do Local do Falecimento	
Causa da Morte Primária:		O Óbito foi Atestado por V. S. <sup>a</sup> ?	
Secundária:			
Desde quando o segurado é seu paciente?		Por qual motivo?	
Assistiu ao paciente durante a doença que causou a morte?		Data da primeira e da última consulta relativa a esta doença	
Qual a doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte?			
Há quanto tempo o paciente sofria desta enfermidade?			
Qual era a profissão do paciente e por quanto tempo esteve impossibilitado de trabalhar?			
O paciente tinha conhecimento da existência do mal?	Desde quando?	O paciente seguia as prescrições médicas?	
Os familiares do paciente tinham conhecimento da moléstia? Desde quando? (Indicar o grau de parentesco)			
Quando foi consultado pela 1ª vez pelo paciente, qualquer parente ou amigo do mesmo sobre a enfermidade que o vitimou?			
O paciente foi submetido a alguma intervenção cirúrgica em virtude do acidente ou doença que o vitimou? Qual(is)?			
Internação(ões)? Em que data(s)? Em que hospital(is)?			
Houve algum fator que direta ou indiretamente tenha contribuído para o óbito (hábitos, residência, ocupação, etc)? Especifique:			
Houve inquérito Policial acerca da morte do paciente?			
Nome e endereço dos médicos que atenderam o paciente anteriormente:			

### 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°	Item n°	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:			
Assinatura e Carimbo do Estipulante			