

DECLARAÇÕES DO SEGURADO/REQUERENTE

TIPO DE SINISTRO:  Natural  Acidental  Prestamista Data do Sinistro: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |    |        |   |                            |
|--|----|--------|---|----------------------------|
| Nome do Segurado/Requerente  |    |        | Data de Nascimento<br>____/____/____      | CPF                        |
| Caso o sinistrado não seja o segurado, informar o grau de parentesco<br><input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai/Mãe |    |        |   |                            |
| Nome Completo do <b>Segurado</b>   |    |        | CPF                                       |                            |
| Endereço   |    | Bairro |   | Cidade                     |
| CEP  | UF | E-mail | Data de Nascimento<br>____/____/____      | 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<br>____/____/____      | 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<br>____/____/____   | Hora do Óbito | Nome e Endereço do Local do Falecimento                      |   |
| Causa da Morte Primária:<br>Secundária:   |               |  | O Óbito foi Atestado por V. S. <sup>a</sup> ? |
| 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?<br><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  |                             |                                       |  |