

DECLARAÇÕES DO SEGURADO

Data do Sinistro: ____/____/____

Nome do Segurado/Requerente		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
--	---------------------

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	

3. DIÁRIAS DE INCAPACIDADE

Data da primeira consulta ____/____/____	Data da última consulta ____/____/____	Data de início da Incapacidade Temporária ____/____/____	Desde quando é seu médico? ____/____/____
Qual a natureza do acidente?			Em que data ocorreu? ____/____/____
Quais as lesões ocorridas? (indicar caráter, sede e extensão, largura e profundidade)			
Resultou em lesão dos nervos, tendões, músculos ou órgãos internos ou há suspeita? Especifique?			
Quais as condições de integridade fisiológica e anatômica do paciente?			
A que tratamento foi submetido o paciente?			Em que período?
Quais exames foram realizados?			Em que data?
Diagnóstico:		CID	Prognóstico:
O paciente está incapacitado para o exercício profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual o período aproximado?	

*** EM CASO DE PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO ***

Período da incapacidade atestada anteriormente	Período da prorrogação da Incapacidade Temporária
Qual o motivo da prorrogação?	

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	