

DECLARAÇÕES DO SEGURADO

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

Nome do Segurado		CPF	
Endereço (Rua, número, complemento)		Bairro	E-mail
Cidade	CEP	Estado	Telefone (DDD, Ramal, etc)
Profissão		Período do afastamento do trabalho	Período do tratamento médico
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 consequências			
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)			
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.

Assinatura

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	

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

2- INVALIDEZ POR ACIDENTE - DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

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			

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, Ranal, etc)
Local e Data		Assinatura e Carimbo do médico