

### DECLARAÇÕES DO SEGURADO/REQUERENTE

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

Nome da <b>Vítima</b> :		Data de Nascimento ____/____/____	CPF
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

### 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 ultima 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			

## 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: 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