

**DECLARAÇÕES DO SEGURADO/REQUERENTE**

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

Nome do Sinistrado		Data de Nascimento ____/____/____	CPF
Caso o sinistrado não seja o segurado, informar o grau de parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai/Mãe			
Nome Completo do Segurado			CPF
Endereço		Bairro	Cidade
CEP	UF	E-mail	Data de Nascimento ____/____/____
Nome do Requerente			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/Requerente: \_\_\_\_\_ 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 e de acordo com o regulamento do plano.
- havendo outros beneficiários declarados, o crédito autorizado corresponderá apenas a minha participação no recebimento.
- o 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 meu nome.
- os demais requerentes estão dispensados do preenchimento desse formulário de aviso de sinistro, porém devem preencher a autorização de crédito disponível no site do MBM.
- caso opte por recebimento no caixa da matriz MBM (Porto Alegre/RS), o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do segurado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

**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		

## 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