

DECLARAÇÕES DO SEGURADO

Nome do Segurado				CPF
Endereço				Bairro
Cidade	CEP	UF	Data de Nascimento	Telefone (DDD, Ramal, etc)
Profissão	Data do início da doença	Data do diagnóstico	Data da constatação da invalidez	
Descrição do Sinistro				
Quando se manifestou a moléstia, dedicava todo o seu tempo ao trabalho ?				
Desde quando começou a faltar ao trabalho em virtude da moléstia?				
Trabalhou mais quanto tempo após os primeiros sintomas?				
Local e Data			Assinatura do Segurado	

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a creditar em minha conta corrente o valor da indenização, desde que a mesma seja deferida.

Nome do Segurado: _____ CPF/CNPJ: _____
 Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Assinatura: _____

Estou ciente que:

- as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente 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.
- havendo outros beneficiários declarados, o crédito autorizado corresponderá apenas a minha participação no recebimento.
- 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 informada deve obrigatoriamente estar em nome do segurado.
- caso opte por recebimento no caixa MBM, o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível

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 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:				
Local e Data			Assinatura e Carimbo do Estipulante	

INFORMAÇÕES OPERACIONAIS

Evento (Cobertura)	Ultima Fatura Paga	Ultima Fatura Emitida	Pagamento dos Prêmios
Migração? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Observações	Ass. e Carimbo do Setor Técnico Operacional	

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do Paciente		
Data da primeira consulta ____/____/____	Data da última consulta ____/____/____	Diagnóstico definitivo
Qual o histórico da moléstia do paciente?		
Quais exames foram realizados?		
Qual foi o tratamento realizado? (clínico, cirúrgico, etc)		
Qual o quadro clínico atual do paciente?		Qual o prognóstico?
Encontram-se esgotadas as Possibilidades terapêuticas Para a recuperação do Paciente?		
Em caso de cardiopatia, informar a classe funcional de NYHA.		
Tratando-se de problemas de vista, informar o grau de deficiência visual em cada olho separadamente.		
Em caso de problemas neurológicos ou psiquiátricos, informar se existe alienação mental total.		
Caso haja perda de movimentos, qual(is) o(s) membro(s) atingido(s)?		A perda é total ou parcial?
O paciente é portador de quais outras moléstias?		
Acerca das relações do paciente com o cotidiano:		
<input type="checkbox"/> O paciente mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.		
<input type="checkbox"/> O paciente apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.		
<input type="checkbox"/> O paciente apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.		
Acerca das relações clínicas e estruturais do paciente:		
<input type="checkbox"/> O paciente apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; Não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.		
<input type="checkbox"/> O paciente apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.		
<input type="checkbox"/> O paciente apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.		
Acerca da conectividade do paciente com a vida:		
<input type="checkbox"/> O paciente realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos		
<input type="checkbox"/> O paciente necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar e cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir alimentos com uso de copo, prato e talheres).		
<input type="checkbox"/> O paciente necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.		
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso, e/ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente de duas ou mais doenças crônicas em atividade?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
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)
Reconhecimento da Firma		Local e Data
		Assinatura e Carimbo do médico