

TIPO DE SINISTRO: Natural Acidental Prestamista Data do Sinistro: ____/____/____

DECLARAÇÕES DO BENEFICIÁRIO

Nome do Sinistrado			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			Cidade		
CEP	UF	E-mail	Data de Nascimento	Telefone (DDD, Ramal, etc)	
			____/____/____		
Nome do Beneficiário			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 o MBM Previdência e Seguros a creditar em minha conta corrente o valor da indenização, desde que a mesma seja deferida.

Nome do Beneficiário: _____ 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/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 informada deve obrigatoriamente estar em meu nome.
- cada beneficiário deverá preencher uma autorização
- caso opte por recebimento no caixa MBM, o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível

_____ Assinatura do segurado

_____ Assinatura do Beneficiário

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?	Por tempo de serviço desde:	Por motivos de saúde desde:
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Houve afastamento do trabalho por doença ou por acidente nos últimos três anos? (Discriminar abaixo)		
De ____/____/____ até ____/____/____ por motivo de:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
De ____/____/____ até ____/____/____ por motivo de:		
De ____/____/____ até ____/____/____ por motivo de:		

EM CASO DE DOENÇA

Quando se manifestou a moléstia dedicava o sinistrado todo o seu tempo ao trabalho ?

Desde quando o segurado começou a faltar acentuadamente ao trabalho em virtude da moléstia?

Trabalhou mais quanto tempo após os primeiros sintomas?

Local e Data

Assinatura e Carimbo do Estipulante

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome do Paciente

 Morte Acidental 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.^a?

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)

Reconhecimento da Firma

Local e Data

Assinatura e carimbo do médico

INFORMAÇÕES OPERACIONAIS

Evento (Cobertura)

Última Fatura Paga

Última Fatura Emitida

Pagamento dos Prêmios

Migração?

Observações

Ass. e Carimbo do Setor Técnico Operacional

 Sim Não