



AVISO DE SINISTRO PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

DATA DO SINISTRO: ___/___/___

CPF:	NOME DO(A) SEGURADO(A):		
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
NOME COMPLETO DO PACIENTE QUE REALIZOU O(S) PROCEDIMENTO(S)			() SEGURADO PRINCIPAL () DEPENDENTE
DATA DO(S) PROCEDIMENTO(S) ANESTÉSICO(S):			
Possui Domicílio Fiscal em outro País? () Não () Sim Qual País?			
Vossa Senhoria é Pessoa Politicamente Exposta (PPE)? () Não () Sim Qual motivo?			

Estou ciente que: as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade; o referido crédito somente será efetuado na conta corrente de minha titularidade após conclusão da análise e de acordo com o regulamento do plano e/ou condições gerais do seguro; que a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas possam ocorrer em decorrência de insuficiência das declarações prestadas.

Atenção: A conta corrente/poupança informada deve **obrigatoriamente** estar em nome do favorecido

Para evitar reprogramação de pagamento as seguintes contas não devem, de forma alguma, serem indicadas: conta salário e/ou benefício; conta conjunta quando o favorecido não for o titular; conta tipo FÁCIL: ver limite de movimentação mensal; conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF; 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.

Autorizo a MBM Previdência e Seguros a realizar o pagamento, conforme abaixo indicado, desde que seja deferido.

Banco: _____ Agência: _____ N° da Conta: _____

Tipo de Conta: () Corrente () Poupança

Data ___/___/___

Assinatura do Requerente