



## DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

-

### Morte Natural

1 - Aviso de sinistro Morte.

**Segurado:**

- 2 - Certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- 3 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 4 - Cópia simples do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do       mês anterior à ocorrência;
- 5 - Cópia simples de um comprovante de residência do segurado com CEP;
- 6 - Declaração do Médico Assistente Morte.

**Beneficiário:**

- 7 - Autorização de Pagamento/crédito do(s) beneficiário(s);
- 8 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 9 - Cópia simples de um comprovante de conta bancária em nome do favorecido;
- 10 - No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- 11 - Cópia simples de um comprovante de residência com CEP;
- 12 - Nos casos de beneficiários menores de 18 anos, certidão de nascimento (cópia autenticada em cartório, somente em caso de beneficiários que não tenham documentos. Este documento só substitui a identidade);
- 13 - Declaração de Únicos Herdeiros - (quando NÃO houver beneficiário declarado pelo segurado ou, se a indicação de beneficiário não prevalecer).

**Se Seguro Prestamista:**

- 14 - Documento do estipulante informando o valor do bem e/ou o saldo devedor na data do evento.



# AVISO DE SINISTRO - MORTE

DATA DO SINISTRO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

( ) Morte

( ) Natural

( ) Acidental

( ) Acidentes Pessoais Passageiros- APP

Placa:

( ) Segurado

( ) Cônjuge

( ) Pai/Mãe

( ) Filho(a)

( ) Passageiro(a)

( ) Outro(a)

CPF:	NOME DO(A) SEGURADO(A):		
NOME SOCIAL DO(A) SEGURADO(A):			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
NOME DO REQUERENTE:			CPF:
NOME SOCIAL DO REQUERENTE:			
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:			TELEFONE(DDD/RAMAL):

\* O preenchimento do campo 'Nome Social' não é obrigatório.

LOCAL DE OCORRÊNCIA E DESCRIÇÃO DO SINISTRO:

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

# AVISO DE SINISTRO - MORTE

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:			( ) MORTE NATURAL ( ) MORTE ACIDENTAL
DATA DO ÓBITO ____/____/____	HORA DO ÓBITO	CONHECIA PESSOALMENTE O FALECIDO? ( ) SIM ( ) NÃO	DESDE QUANDO? ____/____/____
O ÓBITO FOI ATESTADO POR V.S.ª?	DESDE QUANDO O SEGURADO ERA SEU PACIENTE?		POR QUAL MOTIVO?
FOI O FALECIMENTO OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO, ACIDENTE OU MOLÉSTIA? QUAL(IS) A(S) CAUSA(S) DA MORTE?			
LOCAL E ENDEREÇO DO FALECIMENTO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, LOCAL DO ACIDENTE ETC.)			
SE O FALECIMENTO FOI POR ACIDENTE HOUVE INQUÉRITO POLICIAL? AUTÓPSIA? EM QUE LOCALIDADE (MUNICÍPIO)?			
QUAL A DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE?		HÁ QUANTO TEMPO O PACIENTE SOFRIA DESTA DOENÇA?	
O PACIENTE TINHA CONHECIMENTO DA DOENÇA?	DESDE QUANDO?	O PACIENTE SEGUIA AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS?	
OS FAMILIARES TINHAM CONHECIMENTO DA DOENÇA? DESDE QUANDO? (INDICAR O GRAU DE PARENTESCO)			
O PACIENTE FOI SUBMETIDO A ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA EM VIRTUDE DO ACIDENTE OU DOENÇA QUE O VITIMOU? QUAL(IS)?			
HOUE(RAM) INTERNAÇÃO(ÕES)? EM QUE DATA(S)? EM QUE HOSPITAL(IS)?			

**O DECLARANTE ABAIXO ASSINADO RESPONSABILIZA-SE PELA EXATIDÃO E VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES ACIMA**

NOME DO MÉDICO:			Nº CRM:
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
LOCAL E DATA:		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/ CRÉDITO

Processo: \_\_\_\_\_ Sinistrado: \_\_\_\_\_

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com os dados bancários do requerente da Indenização do Sinistro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores:

NOME DO REQUERENTE:			
NOME SOCIAL DO REQUERENTE:			
CPF:	ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
Possui Domicílio Fiscal em outro País? ( ) Não ( ) Sim Qual País?			
Vossa Senhoria é Pessoa Politicamente Exposta (PPE)? ( ) Não ( ) Sim Qual motivo?			

\*O preenchimento do campo 'Nome Social' não é obrigatório.

**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: \_\_\_\_\_ Conta corrente: \_\_\_\_\_

Tipo de Conta: ( ) Corrente ( ) Poupança.

Chave PIX referente a conta informada: ( ) CPF ( ) E-mail ( ) Telefone

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente



## **DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS**

### **INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

Nos seguros de vida, caso o segurado não indique beneficiários, a indenização será paga com base no artigo 792 do código Civil Brasileiro, abaixo transcrito:

*“Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária:*

*Sendo:*

- I- Aos descendentes (filhos);*
- II- Aos ascendentes (pais);*
- III- Ao cônjuge sobrevivente;*
- IV- Aos colaterais (irmãos).”*

### **INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:**

- **Casado(a) legalmente e sem filhos:** Preenchem a declaração o cônjuge<sup>1</sup> e os pais;
- **Casado(a) legalmente com filhos:** Preenchem a declaração o cônjuge<sup>1</sup> e os filhos<sup>3</sup>;
- **Companheiro(a) e filhos:** Preenchem a declaração o(a) companheiro(a)<sup>2</sup> e os filhos<sup>3</sup>;
- **Companheiro(a) e sem filhos:** Preenchem a declaração o(a) companheiro(a)<sup>2</sup> e os pais;
- **Solteiro(a) e com filhos:** A declaração deve ser preenchida exclusivamente pelos filhos<sup>3</sup>;
- **Solteiro(a) e sem filhos:** Preenchem a declaração os pais;
- **Solteiro(a), sem companheira, sem filhos e pais falecidos em data anterior ao segurado(a):** Preenchem os avós, se falecidos, preenchem os irmãos.

<sup>1</sup> Para o cônjuge, anexar a declaração a Certidão de casamento com data atualizada, extraída após o óbito do(a) segurado(a);

<sup>2</sup> Para o(a) companheiro(a) também deve ser anexada documentação comprobatória da união marital, tais como: Declaração de Imposto de Renda, comprovante de conta conjunta, carteirinha de dependente em clubes e associações, etc..

<sup>3</sup> Na hipótese do(s) herdeiro(s) menor(es) de idade, o responsável legal assina por ele(s).

Caso necessário, utilizar mais de um formulário para relacionar todos os herdeiros.

**Todas as assinaturas deverão ter firma reconhecida em cartório por autenticidade.**



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), sob as penas da lei, que o segurado(a) \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF nº \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, faleceu em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ deixando como único(s) herdeiro(s) o(s) abaixo relacionados:

Declaro(amos) ainda, estar(mos) ciente(s) de que na hipótese de vir(em) a surgir outro(s) herdeiro(s) do falecido não relacionado na presente declaração, me(nos) responsabilizo(amos) pelo pagamento da parte a que este(s) caberia(m) e ressarcirei a MBM dos prejuízos dela decorrentes, sem prejuízo das penas a que estarei sujeito por infração do art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**1º Herdeiro** | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura

**2º Herdeiro** | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura

**3º Herdeiro** | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura

**4º Herdeiro** | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Assinatura

**TODAS AS ASSINATURAS DEVERÃO TER FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO  
POR AUTENTICIDADE.**