Seguro de Pessoas

DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

-

Procedimentos Anestésicos – Seguro Anestesia

1 - Aviso de sinistro anestesia.

Segurado:
2 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
3 - Cópia simples do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior à ocorrência;
4 - Cópia simples de comprovante de conta bancária em nome do segurado;
5 - Cópia simples de um comprovante de residência do segurado com CEP;
6 - Declaração do Médico Anestesista;
7 - Documento de identidade e CPF da pessoa que realizou o procedimento;
8 - Relatório de cirurgia;
9 - Documentação comprobatória do grau de parentesco.

AVISO DE SINISTRO
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

DATA DO SINISTRO: ___/___/_____

CPF:	NOME DO(A) SEGURADO(A):		
NOME SOCIAL 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	
NOME SOCIAL DO PACIENTE QUE REALIZOU O(S) PROCEDIMENTO(S):			
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?			

*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: _____ Nº da Conta: _____

Tipo de Conta: ( ) Corrente ( ) Poupança

Data ____/____/_____

_____
Assinatura do Requerente

mbm
Seguro de Pessoas

AVISO DE SINISTRO
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS
DECLARAÇÕES DO MÉDICO ANESTESISTA

NOME DO PACIENTE:

NOME DO PROCEDIMENTO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO (CBHPM)

_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐
_____	☐☐☐☐☐☐☐☐☐

DATA DO(S) PROCEDIMENTO(S)	DATA DO INÍCIO DA MOLÉSTIA
___/___/_____ , ___/___/_____ , ___/___/_____	___/___/_____

QUAL O HISTÓRICO DA MOLÉSTIA DO PACIENTE?

QUAL O MOTIVO DO PROCEDIMENTO REALIZADO?

DESCREVA A LOCALIZAÇÃO, SEGMENTO, ÓRGÃO, VERTEBRA, LADO ETC.

O PACIENTE JÁ FOI SUBMETIDO A EXAME INVASIVO TAIS COMO CATETERISMO, ENDOSCOPIA, LAPAROSCOPIA ETC., PARA DIAGNÓSTICO DE PATOLOGIA RELACIONADA DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE AO ATUAL EVENTO? QUAL(IS) QUANDO?

O PACIENTE JÁ FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO RELACIONADO A PATOLOGIA ATUAL OU RELACIONADA À MESMA DOENÇA-BASE? (EXEMPLOS: RECIDIVA, COMPLICAÇÃO DE PROCEDIMENTO, ARTRODESE OU LAMINECTOMIA OU OUTRO SEGMENTO DA COLUNA, DESOBSTRUÇÃO ARTERIAL DE OUTRO SEGMENTO CORPORAL ETC.). QUAL(IS) PROCEDIMENTO(S)? QUANDO?

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	