



DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

-

Acidente Pessoal Passageiros (APP) – Diárias de Incapacidade

1 - Aviso de sinistro DI.

Segurado:

- 2 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 3 - Boletim de Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar;
- 4 - Exames de teor alcoólico e toxicológico, se realizados;
- 5 - Cópia simples da CNH - Carteira Nacional de Habilitação do condutor do veículo envolvido no acidente;
- 6 - Cópia simples de comprovante de conta bancária em nome do segurado;
- 7 - Cópia simples de um comprovante de residência do segurado com CEP;
- 8 - Declaração do Médico Assistente DI;
- 9 - Documentos de concessão de licença ou aposentadoria, se houver;



AVISO DE SINISTRO - DI

DATA DO SINISTRO: ____/____/____

DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

CPF:	NOME DO(A) SEGURADO(A):		
NOME SOCIAL DO(A) SEGURADO(A):			
OBRIGATÓRIO EM CASO DE SEGURO APP	PLACA DO VEÍCULO	MODELO DO VEÍCULO	RENAVAM
ENDEREÇO:			
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL:		TELEFONE(DDD/RAMAL):	
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?			

*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

Data ____/____/____

Assinatura do Requerente

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

DI

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:	
DATA DA DO ACIDENTE ____/____/____	PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL:
COMO FOI DESCRITO O ACIDENTE?	
QUAIS AS LESÕES OCORRIDAS? (INDICAR CARÁTER, EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE)	
A QUE TRATAMENTO(S) O PACIENTE FOI SUBMETIDO?	
DIAGNÓSTICO:	CID
O PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO PARA O EXERCÍCIO DA SUA ATIVIDADE PROFISSIONAL? () SIM () NÃO	
SE INCAPACITADO, QUAL O PERÍODO APROXIMADO? ____/____/____ a ____/____/____	Nº DE DIAS DE AFASTAMENTO

**PREENCHER SOMENTE EM CASO DE PRORROGAÇÃO DE AFASTAMENTO	
PERÍODO ATESTADO ANTERIORMENTE	PERÍODO DE PRORROGAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
QUAL O MOTIVO DA PRORROGAÇÃO?	

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	