



DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

-

Acidente Pessoal Passageiros (APP) – Morte

1 - Aviso de sinistro morte.

Segurado:

- 2 - Certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- 3 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 4 - Laudo de necropsia e exames de teor alcoólico e toxicológico, se realizados;
- 5 - Boletim de Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar;
- 6 - Inquérito policial em sua fase atual, caso a morte ocorra sob circunstâncias suspeitas, como homicídio ou suspeita de suicídio;
- 7 - Cópia simples da CNH - Carteira Nacional de Habilitação do condutor do veículo envolvido no acidente;
- 8 - Cópia simples de um comprovante de residência do segurado com CEP;
- 9 - Declaração do Médico Assistente Morte.

Beneficiário:

- 10 - Autorização de Pagamento/crédito do(s) beneficiário(s);
- 11 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;
- 12 - Cópia simples de um comprovante de residência com CEP;
- 13 - Cópia simples de um comprovante de conta bancária em nome do favorecido;
- 14 - No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
- 15 - 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);
- 16 - Declaração de Únicos Herdeiros - (quando NÃO houver beneficiário declarado pelo segurado ou, se a indicação de beneficiário não prevalecer).



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:			CPF:
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: _____ N° da Conta: _____

Tipo de Conta: () Corrente () Poupança

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 cônjuge¹ e os pais;
- **Casado(a) legalmente com filhos:** Preenchem a declaração o cônjuge¹ e os filhos³;
- **Companheiro(a) e filhos:** Preenchem a declaração o(a) companheiro(a)² e os filhos³;
- **Companheiro(a) e sem filhos:** Preenchem a declaração o(a) companheiro(a)² e os pais;
- **Solteiro(a) e com filhos:** A declaração deve ser preenchida exclusivamente pelos filhos³;
- **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.

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

² 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..

³ 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.**