



AVISO DE SINISTRO - DG DOENÇAS GRAVES

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):	
DATA DE INÍCIO DA DOENÇA:		DATA DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA:	

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 ____/____/20____

Assinatura do Requerente

AVISO DE SINISTRO - DOENÇAS GRAVES DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:		
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA ____/____/20____	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA ____/____/20____	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:
DATA DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA:		QUAL O HISTÓRICO DA DOENÇA DO PACIENTE?
QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS?		
QUAL O TRATAMENTO REALIZADO? (CLINICO, CIRÚRGICO ETC.)		
QUAL O QUADRO CLÍNICO ATUAL DO PACIENTE?		QUAL O PROGNÓSTICO?
DESCRIÇÃO DA DOENÇA/OBSERVAÇÕES:		

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: _____ de _____ de 20____		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	



DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

DOENÇAS GRAVES

1- Aviso de sinistro – DG

Segurado:

2 - Cópia simples de documento de identidade e CPF;

3 - Cópia do contracheque ou comprovante de pagamentos do prêmio do mês anterior a 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 Assistente DG;

7 - Laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença;

8- Laudo ou atestado médico que relate as sequelas neurológicas, se existentes.
(casos de AVC)

9 - Folha de descrição cirúrgica e folha de sala de cirurgia que comprovem a intervenção cirúrgica, para casos (casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta).