



DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE SINISTRO OU RESGATE

-

Invalidez Permanente por Acidente

1 - Aviso de sinistro IPA.

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 - Boletim de Ocorrência Policial e/ou boletim de pronto atendimento hospitalar;
- 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 - Laudos médicos e exames relativos à invalidez e/ou doença objeto da cobertura requerida;
- 9 - Declaração do Médico Assistente IPA;
- 10 - Documentos de concessão de licença ou aposentadoria, se houver.

Se da categoria motocistas ou motoboys acrescentar:

- 2 - Documentos de permissão para atuar na profissão;
- 2 - Boletim do Pronto Atendimento Hospitalar ou Emergência (SAMU);
- 2 - CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho ou outro documento que comprove a atividade.



AVISO DE SINISTRO - IPA

DATA DO SINISTRO: ____/____/____

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

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: _____ N° da Conta: _____

Tipo de Conta: () Corrente () Poupança

Data ____/____/____

Assinatura do Requerente

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE IPA

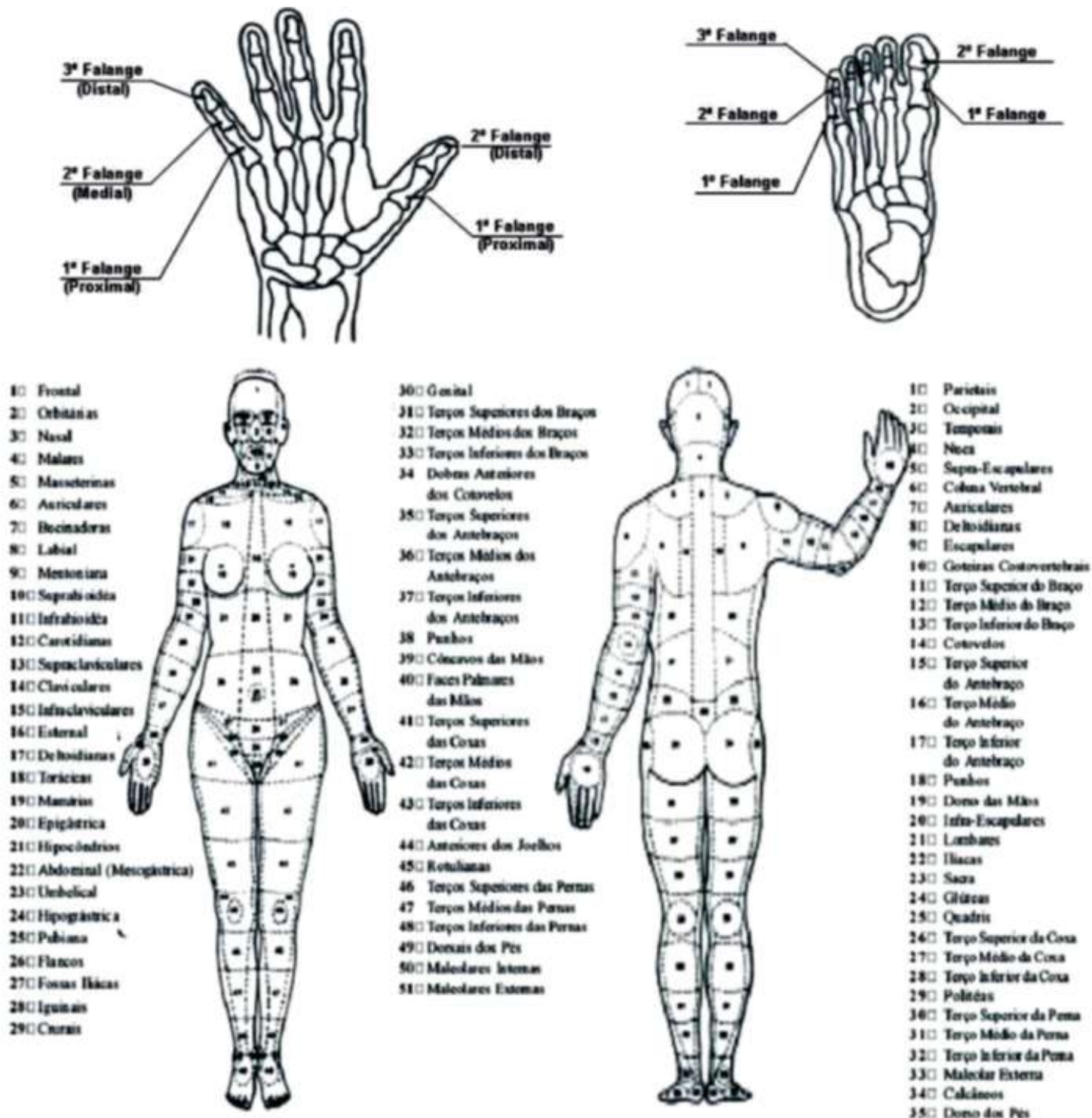
DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME DO SEGURADO/PACIENTE:			
DATA DA DO ACIDENTE ____/____/____		DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO ____/____/____	
COMO FOI DESCRITO O ACIDENTE?			
QUAIS AS LESÕES OCORRIDAS? (INDICAR CARÁTER, EXTENSÃO, LARGURA E PROFUNDIDADE)			CID
A QUE TRATAMENTO(S) O PACIENTE FOI SUBMETIDO?			
SOFREU INTERVENÇÃO CIRÚRGICA? QUAL(IS)? EM QUE DATA?			
AS LESÕES FORAM EXCLUSIVAMENTE CAUSADAS PELO ACIDENTE OU HAVIA ALGUMA PATOLOGIA OU SEQUELA PRÉ-EXISTENTE QUE PUDESSE OU NÃO AGRAVAR AS LESÕES? QUAL(IS)?			
O PACIENTE ENCONTRA-SE COM ALTA MÉDICA?			
TRATANDO-SE DE PROBLEMAS OFTALMOLÓGICOS, INFORMAR O GRAU DE DEFICIÊNCIA VISUAL DE CADA OLHO SEPARADAMENTE () Sim, desde ____/____/____ () Não, prevista para ____/____/____			
O PACIENTE APRESENTA SEQUELA? () SIM () NÃO () PARCIAL () TOTAL () TEMPORÁRIA () PERMANENTE			
EM CASO DE SEQUELA PERMANENTE, DESCREVA COM DETALHES:			
DESCREVA E CLASSIFIQUE DE 0 A 100% A SEQUELA PERMANENTE DE CADA REGIÃO EM SEPARADO			
** Identificar no modelo a região afetada (vide folha 2)			

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

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE IPA

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ASSISTENTE



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

LOCAL E DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO