**DOCUMENTOS PARA COMUNICADO DE**

**SINISTRO OU RESGATE**

**-**

**Morte Acidental**

1. Aviso de sinistro Morte.

**Segurado:**

1. Certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
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. 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 ho- micídio 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:**

1. Autorização de Pagamento/crédito do(s) beneficiário(s);
2. Cópia simples de documento de identidade e CPF;
3. Cópia simples de um comprovante de conta bancária em nome do favorecido;
4. No caso de beneficiário falecido, anexar a certidão de óbito (cópia autenticada em cartório);
5. Cópia simples de um comprovante de residência com CEP;
6. 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;
7. 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: | | | | | |
| 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº 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.Sª? | 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)? | | | | | |
| HOUVE(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: | | | | | N° 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Conta corrente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Conta: ( ) Corrente ( ) Poupança.

Chave PIX referente a conta informada: ( ) CPF ( ) E-mail ( ) Telefone

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:

1. Aos descendentes (filhos);
2. Aos ascendentes (pais);
3. Ao cônjuge sobrevivente;
4. 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.

**2Todas as assinaturas deverão ter firma reconhecida em cartório por autenticidade.**

1

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3º Herdeiro | Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4º Herdeiro | Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data de nascimento:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TODAS AS ASSINATURAS DEVERÃO TER FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO POR AUTENTICIDADE.**

2