

---

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

---

Nome do Segurado Titular:

---

Nome da Vítima:

---

### **Relação de Documentos para Cobertura de Morte Natural Cônjuge**

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo médico assistente (modelo anexo);
- Cópia do prontuário médico e o diagnóstico da doença;
- Cópia da Certidão de Óbito;*
- Cópia do RG/CPF do segurado e cônjuge;*
- Cópia do comprovante de endereço do segurado e cônjuge;*
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado do segurado;*
- Cópia da certidão de casamento do segurado e cônjuge **averbada** com óbito;*
- Autorização de crédito preenchido pelo segurado (modelo anexo);*
- Formulário de profissão e renda preenchido pelo segurado.*

*Caso seja **Produto Vida Global**, enviar também os documentos abaixo:*

- GFIP completa do mês do evento e do mês anterior a ocorrência do sinistro;*
- Cópia do contrato social da empresa com sua última alteração;*
- CAGED - Cadastro Geral dos Empregados do mês anterior à ocorrência do sinistro, contendo o saldo de funcionários ativos;*
- Declaração da empresa informando os funcionários que estavam afastados no mês anterior ao evento ocorrido com o segurado, constando o nome, data do afastamento e motivo (se não houver afastados, deverá declarar).*

**A apresentação dos documentos não representa a obrigatoriedade da indenização pela Seguradora, a qual terá que concluir a análise da cobertura contratual para um pronunciamento.**

---

**Este anexo e os documentos listados poderão ser enviados Via Upload (pelo site) ou através do endereço:**

(<https://meuespaco.libertyseguros.com.br/sitepages/deslogado/enviardocumento.aspx>) ou Praça João Duran Alonso, 34 – 5º andar – Brooklin – CEP: 04571-070 – SP/SP. A/C Central de Digitalização de Documentos (informar o número da ocorrência no envelope).

## Aviso para Concessão de Benefício

MN - Morte Natural

Nº da Ocorrência:

Nº da Apólice:

Dados do Segurado(a)

Nome do Segurado(a)

CPF | Sexo  Masc.  Fem. | Estado Civil | Renda:

Endereço | Complemento

Bairro | Cidade | UF | CEP

Afastamentos por Doença nos 3 (três) últimos anos (se necessário utilizar o verso)

Início | Término | Motivo

/ / | / / |

/ / | / / |

Local e Data

Assinatura (sob carimbo quando empregador)

Relatório do Médico Assistente

Diagnósticos/Causas básicas.

Há quanto tempo, em sua opinião, esteve o falecido sofrendo da moléstia que o vitimou?

Desde quando o falecido tinha conhecimento que sofria dessa moléstia? Fazia tratamento para essa moléstia?

Qual a fonte de origem da informação acima?

Quando e onde atendeu o falecido pela primeira vez, com relação a moléstia que o vitimou? (data e local)

Data da primeira e da última consulta referente a enfermidade que levou o paciente a óbito:

Tratou do falecido antes de sua última enfermidade? Quando? Qual a doença?

Tem conhecimento de outro médico que tenha tratado anteriormente do falecido? (indicar nome)

Observações: (se necessário utilizar o verso)

Médico Assistente

Nome | CRM

Endereço | Nº | Complemento

Bairro | Cidade | UF | CEP

Telefone | E-mail

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente (reconhecer firma)

## Autorização de Crédito em Conta Bancária

### Autorização de Crédito em Conta Bancária

Ocorrência:

Segurado:

Eu \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_, autorizo o Grupo Liberty no Brasil creditar a indenização a que eu tiver direito pela apólice nº \_\_\_\_\_, emitida em nome de \_\_\_\_\_, na conta bancária discriminada abaixo.

### Importante

1. Os créditos não poderão ser realizados em contas:

- Salário.
- Benefícios.
- Poupança dos seguintes bancos: Sicredi, Sicoob, Bancoob, Banrisul, BRB, Besc e Banese.
- Conta de titularidade de terceiros.

### Tipo de Conta

Corrente       Poupança       Ordem de Pagamento(Itaú)

Nome do Favorecido(a)		CPF/CNPJ do Favorecido
Nome e número do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta e Dígito
DDD e Fone Favorecido(a)	E-mail:	
Endereço do Favorecido(a)		Bairro
Cidade	UF	CEP

O recibo de depósito emitido pelo banco depositário servirá como comprovante de pagamento e termo de quitação ampla, geral, total e irrevogável, pela obrigação securitária cumprida com o presente pagamento, para mais nada reclamar, a qualquer tempo, relativamente ao serviço indenizado, a qualquer título em juízo ou fora dele.

### Importante

- 2. Este documento não garante o pagamento do sinistro, o mesmo fica condicionado à análise dos documentos apresentados e a existência de cobertura da apólice.**
3. Anexar cópia de comprovante de conta bancária (cópia do cartão magnético, cópia folha de cheque ou cópia do extrato bancário).
4. O CPF informado deverá ser o mesmo que está cadastrado na conta a ser creditada. O preenchimento incorreto acarretará a devolução do pagamento por parte do Banco.
5. Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado;
6. Para a opção "Ordem de Pagamento" a indenização ao Favorecido deverá ser inferior a R\$ 10.000,00.

Local e Data

Assinatura

## Informações Necessárias ao Cumprimento da Circular 445/2012

- 1) Visando atender ao disposto na Circular Susep (Superintendência de Seguros Privados) 445/2012, Artigo 8º., item I, alíneas a.2, b.2 e c.2, item II e item III, parágrafo 4º, solicitamos à V.Sa. que forneça as informações indicadas, obrigatórias ao pagamento da Indenização:

<b>Profissão</b>	
------------------	--

Faixa de Renda	
( )	Até R\$ 3.000,00
( )	De R\$ 3.000,01 à R\$ 5.000,00
( )	De R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00
( )	De R\$ 10.000,01 à R\$ 20.000,00
( )	Acima de R\$ 20.000,00
( )	Do lar, sem renda mensal

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para fins de direito que não possuo comprovante de residência, porem confirmo que sou residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente instrumento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante

**IMPORTANTE: É necessário enviar para a seguradora a cópia do comprovante endereço declarado.**

**DECLARAÇÃO****FALTA DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (QUANDO O SINISTRADO, NÃO POSSUIR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA)**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro para fins de direito que o Segurado/Beneficiário \_\_\_\_\_ não possui comprovante de residência, porém confirmo que ele era residente e domiciliado na \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente instrumento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante

**IMPORTANTE: É necessário enviar para a seguradora a cópia do comprovante endereço declarado.**

