
Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Segurado Titular Cônjuge Filho

Relação de Documentos para Cobertura de Morte Natural

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo médico assistente (modelo anexo);
- Cópia do prontuário médico e o diagnóstico da doença, bem como todos os exames realizados;
- Cópia do RG/CPF do segurado/sinistrado;
- Cópia do comprovante de endereço do segurado/sinistrado;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Autorização de crédito em conta firmada por cada um dos beneficiários indicado na declaração de herdeiros e cópia do cartão (modelo anexo);
- Cópia da Carta de Concessão da aposentadoria do INSS (se houver);
- Formulário de profissão e renda preenchido pelo segurado.

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

IFPD - Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença

Nº da Ocorrência:

Nº da Apólice:

Dados do Segurado(a)

Nome do Segurado(a)

CPF

Sexo

Masc. Fem.

Estado Civil

E-mail

Endereço

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Afastamentos por Acidente 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

Qual o diagnóstico da moléstia que levou o paciente a invalidez?

Qual a data da primeira consulta em relação a moléstia?

Quais os exames complementares efetuados? (fornecer datas e resultados)

O paciente sofreu alguma internação hospitalar ou intervenção cirúrgica em virtude da doença? (se necessário utilizar o verso)

Período de Internação

Hospital

Cite outras patologias que tenham contribuído direta ou indiretamente para o quadro acima.

Diante do diagnóstico e prognóstico da moléstia, considera-se o paciente com invalidez total ou parcial? Desde quando?

O paciente está incapacitado de gerir seus bens?

O paciente depende da ajuda de terceiros para realizar suas necessidades pessoais diárias?

Descreva as funções que ele não consegue realizar sem ajuda.

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

Médico Assistente

Nome

CRM

Endereço

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

E-mail

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente (reconhecer firma)



Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

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

- Este documento não garante o pagamento do sinistro, o mesmo fica condicionado à análise dos documentos apresentados e a existência de cobertura da apólice.***
- Anexar cópia de comprovante de conta bancária (cópia do cartão magnético, cópia folha de cheque ou cópia do extrato bancário).
- 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.
- Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado;
- 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:

Profissão	
-----------	--

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.

