

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Segurado Titular       Cônjuge

**Relação de Documentos para Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido (modelo anexo);
- Cópia do RG/CPF do segurado/sinistrado;*
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;*
- Cópia do Laudo do IML (Instituto Médico Legal);*
- Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizados)*
- Cópia da CNH do segurado (se este for o condutor);*
- Relatório médico, exames e RX realizados para o diagnóstico acompanhados dos laudos respectivos;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;*
- CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);*
- Autorização de crédito em conta firmada pelo segurado (modelo anexo);*
- Formulário de profissão e renda preenchido pelo segurado*

---

**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

IPA - Invalidez Permanente por Acidente

Nº da Ocorrência:

Nº da Apólice:

Dados do Segurado(a)

Nome do Segurado(a)

CPF

Data de Nascimento

Sexo

Estado Civil

Masc  Fem

Endereço

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

E-mail

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

Início

Termino

Motivo

/ /

/ /

/ /

/ /

Local e Data

Assinatura (sob carimbo quando empregador)

Ocorrência do Acidente (a ser preenchida pelo Segurado)

Data

Horário

Local

/ /

Foi acidente de trabalho

Não  Sim

Houve registro policial

Não  Sim

Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências (a ser preenchido pelo Segurado)

Quem prestou os primeiros socorros? (a ser preenchido pelo Segurado)

Nome

Telefone

Procurou por assistência médica? Onde? (a ser preenchido pelo Segurado)

Local e Data

Assinatura do Segurado

# Aviso para Concessão de Benefício

IPA - Invalidez Permanente por Acidente

## Relatório do Médico Assistente

Nome do paciente

Data do primeiro atendimento

Data do último atendimento

/ /

/ /

Diagnóstico (descrição exata da lesão, indicar o caráter, a sede e extensão)

No Caso de Redução ou Perda do Uso de Algum Membro ou Órgão, Preencher as Informações Abaixo:

Alterações Funcionais de Cada Membro ou Órgão	Grau de Redução Funcional			
	Mínimo (0 a 25%)	Médio (26% a 50%)	Máximo (51% a 75%)	Total (76% a 100%)
	%	%	%	%
	%	%	%	%
	%	%	%	%
	%	%	%	%
	%	%	%	%

As lesões são diretamente de causa traumática? Em caso negativo, qual a causa?

Resultou lesões dos nervos, tendões, músculos ou órgãos internos ou há suspeita? Em caso afirmativo, em que consiste?

Quais as condições de integridade fisiológica e anatômica do segurado? Indicar quais os vestígios (de lesões, doenças e enfermidades).

Em quanto tempo o acidentado poderá voltar a exercer suas ocupações habituais, contados do início do afastamento? (Em número de dias)

Encontrou no acidentado qualquer limitação física ou doença preexistente ao acidente?

Esta limitação ou doença pode agravar ou vir a aumentar as consequências do acidente? Em que proporção?

O segurado ainda está em tratamento médico? Se não, qual a data da alta definitiva?

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 do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta e Dígito	
Fone e DDD do 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, porém 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.**