

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Relação de Documentos para Cobertura de Morte Natural

- Cópia da Certidão de Óbito do filho;*
- 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 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).*

Na hipótese de falecimento de Segurado menor de 14 (quatorze) anos, a indenização destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, limitada ao Capital contratado para esta Garantia.

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).

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 _____ N° da Agência _____ N° 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

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.

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.

DECLARAÇÃO

FALTA DE COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (QUANDO O SINISTRADO OU BENEFICIÁRIO INCAPAZ, NÃO POSSUÍREM 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.

