

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;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG/CPF do segurado/sinistrado;
- Cópia do comprovante de endereço do segurado/sinistrado;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cartão Proposta assinado pelo segurado na adesão. Na ausência deste documento, encaminhar Declaração de Únicos Herdeiros, constando TODOS os herdeiros legais, registrada em cartório com firma reconhecida e duas testemunhas. Em caso de herdeiros menores de idade, o responsável legal é quem deverá APENAS assinar tal declaração em representação aos filhos menores;
- Cópia do RG/CPF de cada um dos beneficiários e cópia do comprovante de endereço;
- Cópia da certidão de casamento do segurado/sinistrado averbada com óbito;
- Autorização de crédito em conta firmada por cada um dos beneficiários indicado na declaração de herdeiros e cópia do cartão (modelo anexo);
- Formulário de profissão e renda preenchido pelos beneficiários maiores de idade.

**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.**

**Beneficiários dos possíveis pagamentos, quando não houver a indicação na proposta, seguirá conforme hipóteses dos exemplos abaixo (sempre prevalecendo a sucessão hereditária do Código Civil):**

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
50% cônjuge	Sem cônjuge	50% cônjuge	100% cônjuge	Sem cônjuge e filhos	Sem cônjuge, filhos e pais
50% filhos	100% filhos	50% pais	Pais pré-falecidos e sem filhos	100% pais	100% colaterais (1º irmãos, 2º sobrinhos, 3º tios e 4º primos)

**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)

## Declaração de Únicos Herdeiros

Declaro(amos) para os devidos fins e efeitos de direito e sob as penas da lei que sou(somos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s) do(a) segurado (a) \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, faleceu em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, tendo como únicos herdeiros legais os que abaixo firmam e chamam para si e solidariamente, a responsabilidade tanto na esfera administrativa como na judiciária, por eventuais herdeiros que possam surgir como beneficiários (as) deixado pelo (a) segurado (a) mencionado, junto à Liberty Seguros S/A.

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Deverão constar todos os beneficiários nesta declaração, caso haja mais beneficiários que os 6 campos acima, imprimir outra folha e colocar página 2.**

### Testemunhas:

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF (enviar cópia):** \_\_\_\_\_ **RG (enviar cópia):** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF (enviar cópia):** \_\_\_\_\_ **RG (enviar cópia):** \_\_\_\_\_  
**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_  
Assinatura com Reconhecimento de Firma

1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª
50% cônjuge	Sem cônjuge	50% cônjuge	100% cônjuge	Sem cônjuge e filhos	Sem cônjuge, filhos e pais
50% filhos	100% filhos	50% pais	Pais pré-falecidos e sem filhos	100% pais	100% colaterais (1º irmãos, 2º sobrinhos, 3º tios e 4º primos)



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



**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.**