

OCORRÊNCIA:		APÓLICE:
NOME DO BENEFICIÁRIO (A):		
CPF:		TELEFONE: ()
ENDEREÇO:		
CEP:	BAIRRO:	CIDADE / ESTADO:
E-MAIL:		

DECLARO PARA FINS DE DIREITO QUE NÃO POSSUO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM MEU NOME, PORÉM CONFIRMO QUE SOU RESIDENTE E DOMICILIADO NO ENDEREÇO ACIMA INFORMADO.

DADOS BANCÁRIOS

TIPO DE CONTA: CORRENTE POUPANÇA (BANCO DO BRASIL, SANTANDER, BANRISUL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA, OU ITAÚ)

NOME E NÚMERO DO BANCO:	NÚMERO DA AGÊNCIA:	NÚMERO DA CONTA E DÍGITO:
--------------------------------	---------------------------	----------------------------------

EM CASO DE CONTA CONJUNTA INFORMAR:

NOME DO 1º TITULAR:

CPF DO 1º TITULAR:

O RECIBO DO DEPÓSITO EMITIDO PELO BANCO DEPOSITÁRIO SERVIRÁ COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO E TERMO DE QUITAÇÃO AMPLA, GERAL, 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.

PROFISSÃO:

FAIXA DE RENDA MENSAL:

ATÉ R\$ 3.000,00 DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 20.000,00
 DE R\$ 3.000,01 A R\$ 5.000,00 DE R\$ 10.000,01 A R\$ 20.000,00 SEM RENDA MENSAL

PEP: SIM NÃO RELACIONAMENTO PRÓXIMO

** PEP ** PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS – SÃO PESSOAS QUE DESEMPENHAM OU TENHAM DESEMPENHADO NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, NO BRASIL OU EM TERRITÓRIOS ESTRANGEIROS, CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS RELEVANTES, BEM COMO OS SEUS FAMILIARES, REPRESENTANTES E OUTRAS PESSOAS DE SEU RELACIONAMENTO PRÓXIMO.

IMPORTANTE

ESTE DOCUMENTO SOMENTE TÊRA VALIDADE SE TODOS OS CAMPOS ESTIVEREM PREENCHIDOS.

OS CRÉDITOS NÃO PODERÃO SER REALIZADOS EM CONTAS SALÁRIO, BENEFÍCIO OU CONTA DE TERCEIROS.

PARAS AS CONTAS POUPANÇA OS CRÉDITOS SERÃO EFETUADOS SOMENTE PARA OS BANCOS: **SANTANDER, BANCO DO BRASIL, BANRISUL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA, OU ITAÚ.**

ANEXAR CÓPIA DO COMPROVANTE DO ENDEREÇO DECLARADO.

PAGAMENTO DO SINISTRO, FICARÁ CONDICIONADO À ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS E A EXISTÊNCIA DE COBERTURA TÉCNICA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



CHECK LIST**REEMBOLSO DE FUNERAL**

- CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO (A);
- CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO. NA FALTA ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA;
- NOTA FISCAL REFERENTE AS DESPESAS COM O FUNERAL, INFORMANDO A DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS;
- CÓPIA DO RG / CPF E COMPROVANTE DE ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DO FUNERAL;
- FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO;

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL ENVIAR TAMBÉM;

- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;
- CÓPIA DO LAUDO DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL);
- CÓPIA DA CNH DO SEGURADO - SE CONDUTOR;
- CÓPIA DO LAUDO DE DOSAGEM ALCOOLICA/TOXICOLÓGICO;

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.

OS DOCUMENTOS SOLICITADOS PODERÃO SER ENVIADOS VIA UPLOAD (PELO SITE) DO ENDEREÇO:
[HTTPS://MEUESPACO.LIBERTYSEGUROS.COM.BR/SITEPAGES/DESLOGADO/ENVIARDOCUMENTO.ASPX](https://meuespaco.libertyseguros.com.br/sitepages/deslogado/enviardocumento.aspx)

E-MAIL: DOCUMENTOS@LIBERTYSEGUROS.COM.BR (INFORMAR NÚMERO DA OCORRÊNCIA/SINISTRO NO ASSUNTO DO E-MAIL)

PARA OS DOCUMENTOS EM QUE É NECESSÁRIO O ENVIO DOS ORIGINAIS ENCAMINHAR PARA O ENDEREÇO ABAIXO:
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/SINISTRO NO ENVELOPE).

