

Relação de Documentos

IFPD - Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença

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)