

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Segurado Titular Cônjuge Filho

Relação de Documentos para Cobertura de Morte Acidental

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido (modelo anexo);
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do RG/CPF do segurado/sinistrado;
- Cópia do comprovante de endereço 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);
- Cópia do auto de reconhecimento do cadáver (no caso de carbonização);
- Cópia da Ficha de Registro de Emprego;
- CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho);
- 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 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 MA - Morte Acidental

Uma empresa do grupo Liberty Mutual.

Nº da Ocorrência:

Nº da Apólice:

Dados da vítima

Nome

CPF

Data de Nascimento

/ /

Sexo

Masc Fem

Estado Civil

Endereço

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Profissão:

Renda:

Ocorrência do Acidente

Data

/ /

Horário

Local

Foi acidente de trabalho

Não Sim

Houve registro policial

Não Sim

Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e consequências

Quem prestou os primeiros socorros?

Nome

Telefone

Procurou por assistência médica? Onde?

Local e Data

Assinatura