
Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado Titular:

Nome da Vítima:

Relação de Documentos para Cobertura de Morte Natural Cônjuge

- 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 e cônjuge;*
- Cópia do comprovante de endereço do segurado e cônjuge;*
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado do segurado;*
- Cópia da certidão de casamento do segurado e cônjuge **averbada** com óbito;*
- Autorização de crédito preenchido 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).*

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

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)