

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)