

OCORRÊNCIA:	APÓLICE:
--------------------	-----------------

NOME DO SEGURADO (A):	CPF:
ENDEREÇO:	CEP:
BAIRRO:	CIDADE / ESTADO:

INFORMAÇÕES DO EVENTO

DATA DO FALECIMENTO:	CAUSA DO FALECIMENTO: <input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> DOENÇA	CID:
FOI ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HOUVE REGISTRO POLICIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

DESCREVA COMO ACONTECEU O FALECIMENTO, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, CASO SEJA CONSTADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, PERDEREI O DIREITO A INDENIZAÇÃO. AUTORIZO A LIBERTY SEGUROS ATRAVÉS DE SEUS REPRESENTANTES / PRESTADORES, A EFETUAR QUAISQUER LEVANTAMENTOS NECESSÁRIOS, INCLUSIVE CÓPIA DE EXAMES, RELATÓRIOS E/OU DECLARAÇÃO MÉDICA, PRONTUÁRIOS E OUTROS DOCUMENTOS MÉDICOS, JUNTO A HOSPITAIS, CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS E EMPRESAS DE SEGURO SAÚDE/CONVÊNIO MÉDICO.

NOME DO DECLARANTE:	CPF:	
PARENTESCO:	TELEFONE: ()	
ENDEREÇO:		
BAIRRO:	CIDADE/ESTADO:	CEP:

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE COM RECONHECIMENTO DE FIRMA
---------------------	---



OCORRÊNCIA:	APÓLICE:
--------------------	-----------------

NOME DO PACIENTE:

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

DATA DO FALECIMENTO:	CAUSA DA MORTE:	CID:
----------------------	-----------------	------

VOCE ACOMPANHOU O TRATAMENTO DO (A) PACIENTE DURANTE A DOENÇA QUE PROVOCOU O ÓBITO? SE SIM, DESDE QUANDO E ONDE? (DATA E LOCAL)

HÁ QUANTO TEMPO, EM SUA OPINIÃO, ESTEVE O FALECIDO SOFRENDO DA MOLÉSTIA QUE O VITIMOU?
--

DATA DA PRIMEIRA E DA ÚLTIMA CONSULTA REFERENTE A ENFERMIDADE QUE LEVOU O PACIENTE A ÓBITO:

FOI SUBMETIDO A ALGUMA CIRURGIA? SE SIM, QUAL?
--

EM CASO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR OU CIRURGIA, INFORMAR O NOME DO HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO:

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (ENCAMINHAR LAUDOS):

TEM CONHECIMENTO DE OUTRO MÉDICO QUE TENHA TRATADO ANTERIORMENTE DO FALECIDO? (INDICAR NOME)
--

OBSERVAÇÕES: (SE NECESSÁRIO UTILIZAR O VERSO)

NOME DO MÉDICO:

ESPECIALIDADE:	CRM:	TELEFONE:
-----------------------	-------------	------------------

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:

BAIRRO:	CIDADE/ESTADO:	CEP:
----------------	-----------------------	-------------

LOCAL E DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO
---------------	--------------------------------



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, 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 Á ANALISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS E A EXISTÊNCIA DE COBERTURA TÉCNICA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



CHECK LIST

MORTE NATURAL	MORTE ACIDENTAL
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO (A);<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO. NA FALTA ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA;<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO/SINISTRADO AVERBADA COM ÓBITO;<input type="checkbox"/> CARTÃO PROPOSTA ASSINADO PELO SEGURADO NA ADESÃO DO SEGURO. NA AUSÊNCIA DESTE DOCUMENTO, ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE HERDEIROS, CONSTANDO TODOS OS HERDEIROS LEGAIS;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RG E CPF DOS HERDEIROS/BENEFICIÁRIOS;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS HERDEIROS/BENEFICIÁRIOS;<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PARA CADA HERDEIRO/BENEFICIÁRIO;<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO (FORMULÁRIO ANEXO);<input type="checkbox"/> RELATÓRIO MÉDICO DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE (FORMULÁRIO ANEXO);<input type="checkbox"/> EXAMES MÉDICOS REALIZADOS PARA DIGNÓSTICO DA DOENÇA;<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO (A);<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO. NA FALTA ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA;<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO/SINISTRADO AVERBADA COM ÓBITO;<input type="checkbox"/> CARTÃO PROPOSTA ASSINADO PELO SEGURADO NA ADESÃO DO SEGURO. NA AUSÊNCIA DESTE DOCUMENTO, ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE HERDEIROS, CONSTANDO TODOS OS HERDEIROS LEGAIS;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RG E CPF DOS HERDEIROS/BENEFICIÁRIOS;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DOS HERDEIROS/BENEFICIÁRIOS;<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PARA CADA HERDEIRO/BENEFICIÁRIO;<input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO (FORMULÁRIO ANEXO);<input type="checkbox"/> CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO LAUDO DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL);<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RESULTADO DOS EXAMES DE ALCOOLEMIA/TOXICOLÓGICO (EM CASO DE ACIDENE DE TRÂNSITO);<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CNH DO SEGURADO (SE CONDUTOR);<input type="checkbox"/> CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO);<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;

PARA REEMBOLSO DE AUXÍLIO FUNERAL, ENVIAR:

- 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;

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 O 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).

