

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

NOME DO SEGURADO (A):		
CPF:	RG:	DATA DE NASC:
ENDEREÇO:		CEP:
BAIRRO:		CIDADE / ESTADO:
E-MAIL:		TELEFONE: ()

DADOS BANCÁRIOS		
TIPO DE CONTA: <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA (BANCO DO BRASIL, SANTANDER, BANRISUL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA, OU ITAÚ)		
NOME E NÚMERO DO BANCO:	NÚMERO DA AGÊNCIA:	NÚMERO DA CONTA E DÍGITO:

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 FOR A DELE.

PROFISSÃO:	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> CLT
FAIXA DE RENDA MENSAL:		
<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 20.000,00
<input type="checkbox"/> DE R\$ 3.000,01 A R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 10.000,01 A R\$ 20.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA MENSAL

DADOS DO SINISTRO	
-------------------	--

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO: / /	SITUAÇÃO NA DATA DO SINISTRO: <input type="checkbox"/> ATIVO <input type="checkbox"/> AFASTADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO (INFORMAR MOTIVO E DATA) <input type="checkbox"/> OUTROS (ESPECIFICAR) _____
---------------------------------------	--

ESTEVE AFASTADO DO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 03 (TRÊS) ANOS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO INDICAR O PERÍODO E O MOTIVO. Clique ou toque aqui para inserir o texto.	POSSUI SEGURO EM OUTRAS SEGURADORAS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO ESPECIFIQUE QUAIS Clique ou toque aqui para inserir o texto.
--	--

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE CASO SEJA CONSTADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, QUE CONTRARIEM AS CONDIÇÕES DO SEGURO 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.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO SEGURADO COM FIRMA RECONHECIDA
---------------------	---



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

NOME DO PACIENTE:

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

HÁ QUANTO TEMPO O SEGURADO TEM CONHECIMENTO DA DOENÇA?
ANOS MESES DIAS

DESCREVA A CAUSA, (ETIOLOGIA) DA DOENÇA QUE LEVOU O PACIENTE A INVALIDEZ:	CID:
---	------

DESCRIÇÃO E DATA DOS EXAMES REALIZADOS PARA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO: (ANEXAR CÓPIAS)

DESCREVA OS TRATAMENTOS CLÍNICOS E/OU CIRÚRGICOS REALIZADOS E SUAS RESPECTIVAS DATAS:

A DOENÇA POSSUI RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, DIRETA OU INDIRETAMENTE COM A ATIVIDADE LABORAL DO SEGURADO?

QUAL O ESTADO CLÍNICO OU FASE DA DOENÇA APRESENTADA?
--

O PACIENTE NECESSITA DE AUXÍLIO DE TERCEIROS PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS? EXPLIQUE.
--

A INVALIDEZ É PERMANENTE E IRREVERSÍVEL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	O SEGURADO ENCONTRA-SE COM O QUADRO CLÍNICO ESTABILIZADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
---	--

O PACIENTE ESTEVE OU ESTÁ NO GOZO DO BENEFICÍO DE AUXÍLIO-DOENÇA JUNTO AO INSITUTO PREVIDENCIÁRIO OFICIAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ATÉ / / <input type="checkbox"/> APOSENTADO POR DOENÇA DESDE / /
--

DATA DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ INDEPENDENTE DA DATA DO DIAGNÓSTICO: / /
--

DESDE QUANDO É MÉDICO DO SEGURADO? / /	DATA DA PRIMEIRA CONSULTA: / /	DATA DA ÚLTIMA CONSULTA: / /
---	-------------------------------------	-----------------------------------

NOME DO MÉDICO:	CRM:
------------------------	-------------

ESPECIALIDADE:	TELEFONE: ()
-----------------------	------------------------

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:

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

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



CHECK LIST

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA DO SEGURADO

- FORMULÁRIO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO SEGURADO/SINISTRADO, COM RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA;
- CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO;
- COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

- RELATÓRIO MÉDICO DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE;
- CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO E O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA;
- CÓPIA DE TODOS OS EXAMES REALIZADOS;
- CÓPIA DA CARTA DE CONCESSÃO DA APOSENTADORIA DO INSS (SE HOVER);

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

- RELATÓRIO MÉDICO DEVIDAMENTE PREENCHIDO PELO MÉDICO ASSISTENTE;
- CÓPIA DO PRONTUÁRIO MÉDICO E O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA;
- CÓPIA DE TODOS OS EXAMES REALIZADOS;
- CÓPIA DA CARTA DE CONCESSÃO DA APOSENTADORIA DO INSS (SE HOVER);

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).

