

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

NOME DO SEGURADO (A):	CPF:
ENDEREÇO:	CEP:
BAIRRO:	CIDADE / ESTADO:
NOME DO SINISTRADO (A): (CÔNJUGE OU FILHO)	CPF:

INFORMAÇÕES DO EVENTO

DATA DO FALECIMENTO:	CAUSA DO FALECIMENTO:	CID:
	<input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> DOENÇA	

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 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 À ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS E A EXISTÊNCIA DE COBERTURA TÉCNICA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



CHECK LIST

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA DO SEGURADO

- FORMULÁRIO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO;
- CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SEGURADO/SINISTRADO;
- CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO. NA FALTA ENCAMINHAR DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA;

MORTE NATURAL CÔNJUGE

- CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO/SINISTRADO AVERBADA COM ÓBITO;
- CÓPIA DO RG E CPF DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO (A) TITULAR COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;

MORTE ACIDENTAL CÔNJUGE

- CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO DO SEGURADO/SINISTRADO AVERBADA COM ÓBITO;
- CÓPIA DO RG E CPF DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;
- CÓPIA DO LAUDO DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL);
- CÓPIA DO RESULTADO DOS EXAMES DE ALCOOLEMIA/TOXICOLÓGICO (EM CASO DE ACIDENE DE TRÂNSITO SE REALIZADO);
- CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO);
- COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO (A) TITULAR COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;

MORTE NATURAL FILHOS

- CÓPIA DO RG E CPF DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR.
- COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO (A) TITULAR COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;

MORTE ACIDENTAL FILHOS

- CÓPIA DO RG E CPF DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR;
- FORMULÁRIO DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO EM NOME DO (A) SEGURADO (A) TITULAR.
- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;
- CÓPIA DO LAUDO DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL);
- CÓPIA DO RESULTADO DOS EXAMES DE ALCOOLEMIA/TOXICOLÓGICO;
- CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO);
- COMPROVANTE DE VINCULO DO SEGURADO (A) TITULAR COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;

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).

