

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome da Vítima:

Relação de Documentos para Cobertura de DMH-O Escolar - Despesa Médica Hospitalar e Odontológica

- Aviso de sinistro devidamente preenchido pelo médico assistente (modelo anexo)
- Cópia do RG/CPF do segurado/beneficiário
- Cópia do comprovante de endereço do segurado/beneficiário
- Cópia da certidão de nascimento (caso seja menor de idade)
- Nota fiscal e recibo original das despesas médicas
- Relatório médico
- Autorização de crédito em conta firmada pelo segurado/beneficiário (modelo anexo)

Quando o beneficiário for a entidade de ensino:

- Cópia do cartão CNPJ da entidade de ensino
- Cópia do contrato social e última alteração contratual ou estatuto da entidade de ensino
- Autorização de crédito em conta com dados bancários da entidade de ensino (modelo anexo)
- Termo de cessão de direitos. (modelo anexo)

Este anexo e os documentos listados deverão ser enviados pelo Correio no endereço abaixo:

A apresentação dos documentos não representa a obrigatoriedade da indenização pela Seguradora, a qual terá que concluir sua análise da cobertura contratual para um pronunciamento.

Nº da Ocorrência:

Nº da Apólice:

Informações a Serem Prestadas Pelo Colégio

Nome do Aluno(a) Acidentado(a)

Nome do Pai ou Responsável Legal

CPF

Endereço

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

E-mail

Série e Grau na Data do Acidente

Desde Quando é Aluno da Instituição (Data 1ª Matrícula)

Data e Hora do Acidente

Local do Acidente

Descrição do Acidente

Quem Prestou os Primeiros Socorros

Nome Completo

Data

Horário

Procurou por Assistência Médica

Nome Completo

Data

Horário

Interveio Alguma Autoridade

Qual

Não Sim

Local e Data

Assinatura (sob carimbo quando empregador)

Informações a Serem Prestadas Pelo Pai ou Responsável Legal

O Aluno Já Sofreu Outro Acidente? Não Sim Em Caso Afirmativo, Informar:

Data

Consequência

Data

Consequência

Descreva as Despesas

Local e Data

Assinatura do Segurado

Observação Importante: A seguradora se reserva no direito de solicitar quaisquer documentos complementares, se necessário à elucidação do processo.

Relatório do Médico Assistente

Nome do paciente

Data do primeiro atendimento

Data do início da incapacidade, se for o caso

/ /

/ /

Diagnóstico (descrição exata da lesão, indicar o caráter, a sede e extensão)

As lesões são diretamente de causa traumática? Em caso negativo, qual a causa?

Resultou lesões dos nervos, tendões, músculos ou órgãos internos ou há suspeita? Em caso afirmativo, em que consiste?

Quais as condições de integridade fisiológica e anatômica do segurado? Indicar quais os vestígios (de lesões, doenças e enfermidades).

Ocorreu ou ocorrerá invalidez permanente? Em que grau? Informar as perdas funcionais de cada segmento lesado em percentagem.

Encontrou no acidentado qualquer limitação física ou doença preexistente ao acidente?

Esta limitação ou doença pode agravar ou vir a aumentar as conseqüências do acidente? Em que proporção?

Houve agravamento das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?

Descrição dos Procedimentos Realizados

Médico Assistente

Nome

CRM

Endereço

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

E-mail

Local e Data

Assinatura do Médico Assistente (reconhecer firma)

Autorização de Crédito em Conta Bancária

Ocorrência:

Segurado:

Eu _____, portador(a) do RG nº _____, CPF nº _____, na qualidade de _____, autorizo o Grupo Liberty no Brasil creditar a indenização a que eu tiver direito pela apólice nº _____, emitida em nome de _____, na conta bancária discriminada abaixo.

Importante

1. Os créditos não poderão ser realizados em contas:

- Salário.
- Benefícios.
- Poupança dos seguintes bancos: Sicredi, Sicoob, Bancoob, Banrisul, BRB, Besc e Banese.
- Conta de titularidade de terceiros.

Tipo de Conta

Corrente Poupança Ordem de Pagamento Conta Conjunta

Nome do Favorecido(a)

CPF/CNPJ do Favorecido

Nº do Banco

Nº da Agência

Nº da Conta e Dígito

Fone e DDD do Favorecido(a)

Endereço do Favorecido(a)

Bairro

Cidade

UF

CEP

O recibo de depósito emitido pelo banco depositário servirá como comprovante de pagamento e termo de quitação ampla, geral, total 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.

Importante

2. Este documento não garante o pagamento do sinistro, o mesmo fica condicionado à análise dos documentos apresentados e a existência de cobertura da apólice.
3. Anexar cópia de comprovante de conta bancária (cópia do cartão magnético, cópia folha de cheque ou cópia do extrato bancário).
4. O CPF informado deverá ser o mesmo que está cadastrado na conta a ser creditada. O preenchimento incorreto acarretará a devolução do pagamento por parte do Banco.
5. Se for conta conjunta informar o nº do CPF do titular da conta.
6. Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado.

Local e Data

Assinatura

Termo de Cessão de Direitos

Pelo presente instrumento particular de Cessão de Direitos de Crédito, e na qualidade de beneficiário titular do direito de reembolso da Garantia de _____, o abaixo assinado, doravante denominado CEDENTE, cede e transfere ao Sr. (a) _____, residente na Rua/Av. _____ nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, CEP _____, inscrito no CPF / CNPJ _____, doravante denominado CESSIONARIO, os direitos de reembolso, junto a Seguradora **Liberty / Indiana Seguros** da quantia de R\$ _____ (_____), correspondente às despesas médicas e hospitalares prestadas pelo CESSIONARIO em razão do acidente ocorrido em ____ / ____ / _____, no qual foi vítima _____, nacionalidade _____, estado civil _____, profissão _____, RG _____, inscrito no CPF sob nº _____, residente na Rua/Av. _____ nº _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, CEP _____, telefone de contato (____) _____. Esta cessão e transferência são feitas em caráter irrevogável e irretratável, dando-se ambos mutuamente, CEDENTE e CESSIONARIO, a mais ampla rasa e geral quitação em relação às obrigações derivadas do atendimento médico aqui reportado, para mais nada reclamar, em tempo algum, sobre o objeto desta cessão, seja judicial ou extrajudicialmente.

O CESSIONARIO, por sua vez, declara concordar com a cessão, como também que o CEDENTE não se responsabiliza pelo recebimento do crédito ora cedido, estando ciente de que seu reembolso estará sujeito aos procedimentos de análise.

Este documento não garante o pagamento do sinistro, o mesmo fica condicionado a análise dos documentos apresentados e a existência de cobertura da apólice, em caso de cobertura poderá ser depositado no Banco: _____, Agência: _____, Conta Corrente: _____

_____, de _____ de _____

Cedente: _____
(reconhecer firma)

Cessionário: _____
(reconhecer firma)