

Número da Ocorrência:

Número da Apólice:

Nome do Segurado:

Relação de Documentos para Cobertura de Morte Natural

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo médico assistente (modelo anexo)
- Cópia da Certidão de Óbito
- Cópia do RG/CPF do segurado
- Cópia do comprovante de endereço do segurado
- Cópia da certidão de casamento atualizada (este documento somente será necessário, caso haja saldo remanescente)
- Declaração de únicos herdeiros firmado em cartório informando quem e quantos são os beneficiários deixados pelo segurado ao tempo de sua morte, incluindo esposa/companheira (este documento somente será necessário, caso haja saldo remanescente) - (modelo anexo)
- Autorização de crédito em conta firmada por cada um dos beneficiários (modelo anexo)
- Cópia do RG/CPF de cada um dos beneficiários + cópia do comprovante de endereço (este documento somente será necessário, caso haja saldo remanescente)
- Cópia do contrato de financiamento
- Extrato do financiamento, onde consta as parcelas e o saldo devedor
- Cartão CNPJ do estipulante/beneficiário
- Cópia do contrato social da empresa e última alteração ou estatuto social

Beneficiários não declarado ou apólice sem cartão proposta:

- O pagamento será efetuado na forma de 50% ao cônjuge e 50% entre todos os filhos do segurado.
- Caso o segurado seja solteiro e sem filhos, a indenização será liberada de acordo com Ordem de Sucessão Hereditária.

Este anexo e os documentos listados poderão ser enviados de forma eletrônica ao e-mail: digitalizacao@libertyseguros.com.br ou encaminhados 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:

Dados do Segurado(a)

Nome do Segurado(a)

CPF	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	E-mail
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)

Declaração de Herdeiros

Declaro(amos) em sã consciência que sou(somos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s) de _____, o qual faleceu no estado civil de _____, deixando como herdeiro(as) _____ reconhecida(o) pela lei previdenciária.

Estou(amos) ciente(s) de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarcirei(mos) à Seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de responder(mos) criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Testemunhas

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

Nome: _____ Ass.: _____

RG: _____ CPF: _____

OBS: Reconhecer firma de todas assinaturas em cartório e anexar cópias autenticadas do CPF e RG das testemunhas.

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 a 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