

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, CLINICAS, 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:
----------------------	-----------------	------

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

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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

NOME DO SEGURADO (A):			
CPF:	ESTADO CIVIL:	DATA DO FALECIMENTO:	
DEIXA ESPOSO (A)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	DEIXA COMPANHEIRO (A)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	DEIXA FILHO (S)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM – QUANTOS? _____	DEIXA PAIS VIVOS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> PAI <input type="checkbox"/> MÃE

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS DE DIREITO SOB AS PENAS DA LEI QUE SOMOS OS UNICOS HERDEIROS LEGAIS DO SEGURADO MENCIONADO, QUE ABAIXO FIRMAM E CHAMAM PARA SI E SOLIDARIAMENTE, A RESPONSABILIDADE TANTOS NA ESFERA ADMINISTRATIVA COMO JUDICIÁRIA, POR EVENTUAIS HERDEIROS QUE POSSAM SURGIR COMO BENEFICIÁRIOS DEIXADO PELO SEGURADO JUNTO A LIBERTY SEGUROS S/A.

NOME COMPLETO DO HERDEIRO:	
PARENTESCO: CPF:	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	

NOME COMPLETO DO HERDEIRO:	
PARENTESCO: CPF:	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	

NOME COMPLETO DO HERDEIRO:	
PARENTESCO: CPF:	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	

NOME COMPLETO DO HERDEIRO:	
PARENTESCO: CPF:	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	

NOME COMPLETO DO HERDEIRO:	
PARENTESCO: CPF:	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	

NOME COMPLETO DO HERDEIRO:	
PARENTESCO: CPF:	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	

TESTEMUNHAS:	
NOME:	NOME:
_____	_____
ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA	ASSINATURA COM RECONHECIMENTO DE FIRMA

BENEFICIÁRIOS NÃO DECLARADOS OU APÓLICE SEM CARTÃO PROPOSTA:					
1°	2°	3°	4°	5°	6°
50% CÔNJUGE	SEM CÔNJUGE	50% CÔNJUGE	100% CÔNJUGE	SEM CÔNJUGE E FILHOS	SEM CÔNJUGE, FILHOS E PAIS
50% FILHOS	100% FILHOS	50% PAIS	PAIS PRÉ FALECIDOS E SEM FILHOS	100% PAIS	100% COLATERAIS 1° IRMÃOS, 2° SOBRINHOS, 3° TIOS E 4° PRIMOS

