

FORMULÁRIO DE SINISTRO VIDA
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

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			
DATA DO ACIDENTE:	LOCAL DO ACIDENTE:	HORA DO ACIDENTE:	
/ /	ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	REGISTRO POLICIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
ESTEVE AFASTADO DO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 03 (TRÊS) ANOS?		POSSUI SEGURO EM OUTRAS SEGURADORAS?	
<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO INDICAR O PERÍODO E O MOTIVO.		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO ESPECIFIQUE QUAIS	
DESCREVER A OCORRÊNCIA E OS MEMBROS OU ORGÃOS DO CORPO ATINGIDO:			
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.			
LOCAL E DATA ASSINATURA DO SEGURADO COM		FIRMA RECONHECIDA	

RELATÓRIO MÉDICO
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

OCORRÊNCIA:		APÓLICE:	
NOME DO PACIENTE:			
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE			
DATA E HORA DO ACIDENTE: LOCAL DO ACIDENTE:		DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO:	
QUAIS AS CONDIÇÕES DE INTEGRIDADE FISIOLÓGICA E ANATÔMICA DO SEGURADO? INDICAR OS VESTÍGIOS DE LESÕES, DOENÇAS E ENFERMIDADES.			
AS LESÕES CONSTATADAS SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTE DE CAUSA TRAUMÁTICA? EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?			
O PACIENTE APRESENTA QUALQUER DEFEITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE AO ACIDENTE ATUAL? DESCREVA QUAIS E INFORME A DATA DO OCORRIDO/DIAGNÓSTICO.			
ESTE DEFEITO, LIMITAÇÃO OU DOENÇA, PODE AGRAVAR OU VIR A AUMENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE? ESCLAREÇA			
HOUE REDUÇÃO FUNCIONAL PERMANENTE DECORRENTE DO ACIDENTE? SE POSITIVO, INDICAR A PERDA EM PERCENTUAL (%)			
DESCREVA OS TRATAMENTOS INSTITUÍDOS, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO E SUAS DATAS.			
O SEGURADO ENCONTRA-SE COM O QUADRO CLÍNICO ESTABILIZADO? <input type="checkbox"/> NÃO, AINDA EM TRATAMENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM, ALTA MÉDICA DEFINITIVA EM / /			
O PACIENTE ESTEVE OU ESTÁ NO GOZO DO BENEFÍCIO DE AUXÍLIO-DOENÇA JUNTO AO INSTITUTO PREVIDENCIÁRIO OFICIAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ATÉ / / <input type="checkbox"/> APOSENTADO POR DOENÇA DESDE / /			
NOME DO MÉDICO: CRM:			
ESPECIALIDADE: TELEFONE: ()			
ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:			
BAIRRO: CIDADE/ESTADO: CEP:			
LOCAL E DATA		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

CHECK LIST

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE CÔNJUGE
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO (A);<input type="checkbox"/> RELATÓRIO MÉDICO DEVIDAMENTE ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO LAUDO DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL);<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RESULTADO DOS EXAMES DE ALCOOLEMIA/TOXICOLÓGICO (EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO);<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CNH DO SEGURADO/SINISTRADO (SE CONDUTOR);<input type="checkbox"/> RELATÓRIO MÉDICO, EXAMES E RX REALIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO ACOMPANHADOS DOS LAUDOS RESPECTIVOS;<input type="checkbox"/> CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO);<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE VÍNCULO DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE/EMPRESA;	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> FORMULÁRIO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO (A);<input type="checkbox"/> RELATÓRIO MÉDICO DEVIDAMENTE ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RG E CPF DO SEGURADO/SINISTRADO;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO SEGURADO/SINISTRADO;<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL;<input type="checkbox"/> CÓPIA DO LAUDO DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL);<input type="checkbox"/> CÓPIA DO RESULTADO DOS EXAMES DE ALCOOLEMIA/TOXICOLÓGICO (EM CASO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO);<input type="checkbox"/> CÓPIA DA CNH DO SEGURADO/SINISTRADO (SE CONDUTOR);<input type="checkbox"/> RELATÓRIO MÉDICO, EXAMES E RX REALIZADOS PARA O DIAGNÓSTICO ACOMPANHADOS DOS LAUDOS RESPECTIVOS;<input type="checkbox"/> CAT (COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO);<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE VÍNCULO DO SEGURADO 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.REDACTED.COM.BR/SITEPAGES/DESLOGADO/ENVIARDOCUMENTO.ASPX](https://meuespaco.redacted.com.br/sitepages/deslogado/enviardocumento.aspx)

E-MAIL: DOCUMENTOS@REDACTED.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 REDACTED, 34 5º ANDAR BROOKLIN GEP: REDACTED SP/SP. A/C CENTRAL DE DIGITALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS (INFORMAR O NÚMERO DA OCORRÊNCIA/SINISTRO NO ENVELOPE).