MetLife

Cobertura: **Queimaduras** | Documentação: **Beneficiário**

Guia de orientação para o processo de solicitação do benefício

Este guia reúne as etapas, os documentos necessários e os formulários para solicitar o benefício por queimadura decorrente de acidente pessoal.

Sabemos que passar por um acidente é um momento delicado. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Queimaduras

Esta cobertura garante a você, após o período de Carência, o pagamento de uma indenização em caso de Diagnóstico de Grande Queimado, exceto Riscos Excluídos, conforme as Condições Gerais da apólice. A indenização é sempre paga a você, mesmo quando o acidente aconteceu com seu cônjuge, filho(a) ou pai/mãe — indique no Aviso de Sinistro quem sofreu o acidente.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Os formulários estão nas **páginas 2 e 3** deste guia. Preencha todos os campos e assine. Indique no Aviso de Sinistro quem sofreu o acidente.

Escolha como assinar

Digital, pelo GOV.br

a. Acesse assinador.iti.br.
b. Clique em "Escolher arquivo" e envie o formulário.
c. Escolha onde a assinatura vai aparecer e clique em "Assinar digitalmente".
d. Confirme no app gov.br e baixe o arquivo assinado.

OU

Manual, com firma reconhecida

a. Imprima o formulário e assine à mão.
b. Leve o formulário a um cartório de notas, com um documento com foto.
c. Peça o reconhecimento de firma (serviço pago).
d. Digitalize o formulário assinado, em PDF ou JPEG.

2. **Reúna a documentação:** Consulte a lista completa na **página 4**. Os documentos variam conforme quem sofreu o acidente (você, seu cônjuge, filho(a) ou pai/mãe).
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Envie documentos legíveis e nomeie cada arquivo de acordo com o conteúdo. Ex.: Aviso de Sinistro, Relatório Médico e RG.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo.

ENVIE PARA
doctos_de_sinistros@metlife.com

ASSUNTO DO E-MAIL
Seu nome · Seu CPF · Número do sinistro (se houver)

O QUE ACONTECE DEPOIS DO ENVIO?

Prazo de análise
A análise começa após o recebimento de todos os documentos obrigatórios e leva até **30 dias corridos**, conforme a SUSEP. Se necessário, solicitaremos informações ou documentos adicionais.

Acompanhamento
Você pode receber atualizações por e-mail e/ou SMS sobre: confirmação dos documentos recebidos, documentos adicionais, quando necessários para o caso, e andamento da análise.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/2

Como preencher

Abra este documento e preencha os campos diretamente no arquivo, de forma digital. Depois, assine-o pelo GOV.br e inclua o **comprovante de validação da assinatura digital**, que é **obrigatório**. Se preferir assinar à mão, imprima o formulário e reconheça firma em cartório. Envie por e-mail, juntamente com os demais documentos.

DADOS DO SINISTRADO

Indique aqui quem sofreu o acidente. Se foi você, preencha com os seus próprios dados e marque Titular. Se foi seu cônjuge, filho(a) ou pai/mãe, preencha com os dados dessa pessoa e marque a opção correspondente — a indenização continua sendo paga a você, como pessoa que contratou o seguro.

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO

○ Titular ○ Cônjuge ○ Filho ○ Pai ou Mãe

POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, EM QUAL COMPANHIA DE SEGUROS

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR (VOCÊ)

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

ONDE VOCÊ COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente como o acidente ocorreu e a extensão da queimadura (até 350 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

Preencha esta seção se for você mesmo quem está reunindo e enviando a documentação.

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO)

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro

FORMULÁRIO 2/2 · PESSOA FÍSICA

Informações sobre o pagamento
Preencha em seu nome — você é sempre a pessoa indicada a receber esta indenização, mesmo quando o sinistrado foi outra pessoa. O valor será depositado somente na sua conta. Não aceitamos contas salário, benefício, de terceiros ou de empresas. Leia antes de assinar.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO (VOCÊ)

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO (VOCÊ)

NOME DO BENEFICIÁRIO (VOCÊ)

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

Nº DO PASSAPORTE (SE NÃO BRASILEIRO)

PAÍS DE EXPEDIÇÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL — NIF (SE NÃO BRASILEIRO)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE / UF

PAÍS

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA

PROFISSÃO

PAÍS DE NASCIMENTO

PATRIMÔNIO ESTIMADO OU FAIXA DE RENDA MENSAL INDIVIDUAL

- ○ Até R$ 2.000,00
- ○ De R$ 2.000,01 a R$ 5.000,00
- ○ De R$ 5.000,01 a R$ 10.000,00
- ○ De R$ 10.000,01 a R$ 15.000,00
- ○ De R$ 15.000,01 a R$ 20.000,00
- ○ Prefiro não informar

DADOS BANCÁRIOS

TIPO DE CONTA (DE SUA TITULARIDADE)

○ CORRENTE ○ POUPANÇA

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além da indicada acima.

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PEP)

VOCÊ, SEU REPRESENTANTE, FAMILIAR OU PESSOA COM RELACIONAMENTO PRÓXIMO OCUPA OU OCUPOU, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE, NO BRASIL OU NO EXTERIOR, OU FUNÇÃO RELEVANTE EM ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL?

○ SIM ○ NÃO

Se sim, esclareça e envie também: comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou da faixa de renda mensal e do telefone.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

- ☐ Declaro que as informações e os documentos apresentados são verdadeiros e correspondem aos fatos. Estou ciente de que informações falsas ou documentos inválidos podem gerar consequências legais.
- ☐ Autorizo a MetLife a creditar, de acordo com os dados informados acima, o valor da indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, geral e irrevogável quitação.
- ☐ Autorizo a MetLife a tratar meus dados pessoais e, quando aplicável, dados pessoais sensíveis, para análise, regulação e pagamento do sinistro, conforme a Política de Privacidade.
- ☐ Na condição de (beneficiário / curador / tutor / representante legal), autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

RG DO REPRESENTANTE LEGAL

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL (000.000.000-00)

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários

Os documentos obrigatórios abaixo são sempre do sinistrado — a pessoa que sofreu o acidente. Se o sinistrado não foi você, reúna também os documentos adicionais da seção correspondente (cônjuge, filho ou pai/mãe). Cópias simples são aceitas, exceto do relatório médico, dos exames e quando indicado.

ⓘ Dependendo do seu caso, **documentos adicionais** poderão ser solicitados durante a análise. Se isso acontecer, entraremos em contato por e-mail.

OBRIGATÓRIO

Documentos obrigatórios do sinistrado

- [ ] Cópia do RG do sinistrado
- [ ] Cópia do CPF do sinistrado
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do sinistrado
- [ ] Formulário Aviso de Sinistro (original MetLife), preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 2 deste guia · Formulário 1 de 2.
- [ ] Formulário Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro — Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica (original MetLife), nominal ao sinistrado, preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.
- [ ] Relatório médico original informando a data do acidente, as lesões causadas, especificando as fraturas sofridas pelo segurado, por membro ou segmento, e a data de confirmação da alta médica
- [ ] Cópia dos resultados de exames realizados
- [ ] Cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se realizada
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência
- [ ] Descrição detalhada do acidente, se não houver Boletim de Ocorrência nem CAT

SE APLICÁVEL

Documentos do cônjuge

Se o sinistrado foi seu cônjuge, além dos documentos obrigatórios acima, envie também:

- [ ] Cópia da Certidão de Casamento extraída após o óbito OU prova de União Estável
  Exemplos: declaração de união estável feita pelo segurado em cartório antes do óbito, comprovante de residência em comum, carta de concessão de pensão por morte do INSS, comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico, dependência no imposto de renda, comprovante de conta bancária conjunta.
- [ ] Cópia do seu RG (segurado titular)
- [ ] Cópia do seu CPF (segurado titular)

SE APLICÁVEL

Documentos do filho

Se o sinistrado foi seu filho(a), além dos documentos obrigatórios acima, envie também:

- [ ] Cópia da Certidão de Nascimento, se seu filho(a) for menor de idade
- [ ] Cópia do seu RG (segurado titular)
- [ ] Cópia do seu CPF (segurado titular)
- [ ] Cópia do seu comprovante de residência (segurado titular)

SE APLICÁVEL

Documentos do pai ou da mãe

Se o sinistrado foi seu pai ou sua mãe: o PDF fonte desta cobertura não lista documentos adicionais específicos para este caso — envie apenas os documentos obrigatórios do sinistrado listados acima.