Serasa + MetLife

Cobertura: **Quebra de Ossos** | 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 quebra de ossos decorrente de acidente pessoal.

Sabemos que passar por um acidente não é fácil. Estamos ao seu lado para tornar esse processo mais simples.

SOBRE ESTA COBERTURA

QUEBRA DE OSSOS

Esta cobertura, desde que contratada, garante a você o pagamento de uma Indenização, em caso de fratura óssea após traumatismo ocorrido nos membros indicados na Tabela de Lesões Cobertas em cláusula contratual, exclusivamente decorrente de Acidente Pessoal coberto, exceto Riscos Excluídos, e, observadas as Condições Gerais e Disposições Contratuais da Apólice. **Você é o segurado titular desta apólice e a indenização é sempre paga a você**, mesmo quando o acidente aconteceu com seu cônjuge, filho(a) ou pai/mãe. No formulário Aviso de Sinistro, indique quem sofreu o acidente no campo "Tipo de sinistrado".

PASSO A PASSO

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

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

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**.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Envie documentos legíveis e nomeie cada arquivo pelo tipo de documento. Ex.: Comprovante de residência, CPF, Formulário de Aviso de Sinistro.
4. **Envie a documentação:** Acesse o Portal de Sinistros e envie os documentos para acompanhar o andamento do sinistro.

Acesse o Portal de Sinistros para acompanhar o andamento do sinistro.

PRAZOS E ACOMPANHAMENTO

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 informações sobre o andamento do processo respondendo, no Aviso de Sinistro, se deseja atualizações por e-mail e/ou SMS: documentos recebidos, documentos pendentes e andamento da análise.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/2

Como preencher

Preencha os campos direto no arquivo. Depois, assine pelo GOV.br e inclua o comprovante de validação, ou imprima e assine à mão, com firma reconhecida em cartório. Envie pelo Portal de Sinistros, junto 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, a indenização continua sendo paga a você, como segurado titular.

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO

○ TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI OU MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ 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 em detalhes como o acidente ocorreu e a fratura sofrida.

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 DE SINISTRO VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

ASSINATURA

DATA (DD/MM/AAAA)

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 o beneficiário desta cobertura, mesmo quando o sinistrado foi outra pessoa. O valor será depositado somente em conta de sua titularidade. Não aceitamos contas salário, benefício, de terceiros, de Pessoa Jurídica ou de Cooperativas/Financeiras.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO (VOCÊ)

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº 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

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 DE SINISTRO 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
- ○ Não quero informar

DADOS BANCÁRIOS

A conta precisa estar em seu nome (segurado titular/beneficiário). Não são aceitas contas salário, benefício, de terceiros, de Pessoa Jurídica ou de Cooperativas/Financeiras.

TIPO DE CONTA

○ CORRENTE, DE TITULARIDADE DO BENEFICIÁRIO ○ POUPANÇA, DE TITULARIDADE DO BENEFICIÁRIO

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

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?

○ 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 (DD/MM/AAAA)

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

RG

CPF (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. Todas as cópias são simples.

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

OBRIGATÓRIO

Documentos do segurado

Para esta cobertura, o sinistrado pode ser: o segurado titular, e/ou o cônjuge, e/ou o(s) filho(s), e/ou pai(s).

- [ ] Formulários de Aviso de Sinistro e de Autorização para Pagamento de Indenização, preenchidos, assinados pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Páginas 2 e 3 deste guia.
- [ ] Cópia do RG do sinistrado
- [ ] Cópia do CPF do sinistrado
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do sinistrado, não superior a 3 meses
- [ ] Relatório médico 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 do Boletim de Ocorrência
- [ ] Descrição detalhada do acidente, caso não haja Boletim de Ocorrência
- [ ] Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do acidente
- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH)
  Se acidente automobilístico e o sinistrado foi o condutor.
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado