Cobertura: **Diagnóstico de Derrame** | Documentação: **Beneficiário**

Guia de orientação para o processo de solicitação do benefício

Este guia reúne as etapas, os documentos necessários e os formulários para a abertura de solicitação do seguro de Diagnóstico de Derrame da pessoa que contratou o seguro.

Sabemos que este é um momento delicado. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Diagnóstico de Derrame

Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado Titular o pagamento de uma indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, exceto Riscos Excluídos, e, observadas as Condições Gerais e Disposições Contratuais da Apólice.

PASSO A PASSO

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.

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 de acordo com o conteúdo. Ex.: Aviso de Sinistro, Relatório Médico e RG do sinistrado.
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 atualizações 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

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

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, EM QUAL COMPANHIA DE SEGUROS

DADOS DO SEGURO

NOME DA EMPRESA COM A QUAL FOI FEITO O FINANCIAMENTO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

DADOS DO SOLICITANTE

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

DECLARAÇÃO E PRIVACIDADE

☐ 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 tratar meus dados pessoais e, quando aplicável, dados pessoais sensíveis, para análise, regulação e pagamento da solicitação, conforme a Política de Privacidade.

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização

FORMULÁRIO 2/2 · PESSOA FÍSICA

Informações sobre o pagamento

O valor será depositado somente na conta do beneficiário indicada neste formulário. Não aceitamos contas salário, benefício, de terceiros ou de empresas. Leia antes de assinar.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº APÓLICE

NOME DO SEGURADO

NOME DO BENEFICIÁRIO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

SE NÃO BRASILEIRO, Nº DO PASSAPORTE

PAÍS DE EXPEDIÇÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

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 R$

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

SELECIONE A OPÇÃO DESEJADA

○ Conta corrente de titularidade do beneficiário ○ Conta poupança de titularidade do beneficiário

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.

DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

O BENEFICIÁRIO É AGENTE PÚBLICO QUE DESEMPENHA OU TENHA DESEMPENHADO, NOS 5 (CINCO) ANOS ANTERIORES, NO BRASIL OU EM PAÍSES, TERRITÓRIOS E DEPENDÊNCIAS ESTRANGEIRAS, CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS RELEVANTES, ASSIM COMO SEUS REPRESENTANTES, FAMILIARES E OUTRAS PESSOAS DE SEU RELACIONAMENTO PRÓXIMO?

○ SIM ○ NÃO

Em caso positivo, esclareça. Se Pessoa Politicamente Exposta, forneça também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou 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.

☐ Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, autorizo a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários

Todos os documentos listados abaixo, respeitando suas respectivas particularidades, são de envio obrigatório para iniciar o processo de análise e a contagem do prazo de regulação. Cópias simples são aceitas.

No caso de persistência da dúvida diagnóstica, poderá ser solicitado, também a critério da seguradora, **auditoria do prontuário médico e/ou perícia médica**.

OBRIGATÓRIO

Documentos do segurado

- [ ] Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 2 deste guia · Formulário 1 de 2.
- [ ] Formulário original MetLife de Autorização para Pagamento de Indenização - Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, nominal ao segurado sinistrado, preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.
- [ ] Cópia do RG do sinistrado
- [ ] Cópia do CPF do sinistrado
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do sinistrado
- [ ] Relatório médico informando desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico das doenças registradas, descrição da evolução clínica e data em que iniciou o tratamento
- [ ] Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados
- [ ] Exame de imagem: Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética mostrando áreas de isquemia ou de hemorragia cerebral recentes
  Em caso de dúvida do diagnóstico, também Angiografia Cerebral mostrando interrupção do fluxo sanguíneo (isquemia) ou extravasamento de sangue em alguma região do cérebro.