MetLife

Cobertura: **Diárias por Incapacidade Temporária** | 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 de Diárias por Incapacidade Temporária.

Sabemos que atravessar um período de incapacidade temporária pode ser desafiador. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Diárias por Incapacidade Temporária

Esta cobertura garante a você, segurado titular, o pagamento de diárias caso fique impossibilitado, contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer suas atividades laborativas enquanto estiver em tratamento, sob orientação médica, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, até o limite máximo de diárias contratado.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Preencha os campos direto no arquivo e assine pelo GOV.br ou à mão, com firma reconhecida em cartório. 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**. Cópias simples são aceitas, exceto quando indicado.
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 completo · Seu CPF · Número do sinistro na MetLife (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, por e-mail e/ou SMS, atualizações sobre: documentos recebidos, documentos pendentes e data de programação de pagamento.

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.

DADOS DO SINISTRADO

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO

○ TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI/MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, EM QUAL COMPANHIA DE SEGUROS

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR (preencha mesmo se o sinistrado for o titular)

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA (seguro coletivo)

ONDE O SEGURADO COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o acidente pessoal e o período de incapacidade para o trabalho (até 350 caracteres).

SEUS DADOS DE CONTATO

As atualizações sobre o andamento vão para o e-mail e/ou SMS. Para recebê-las, marque a opção correspondente abaixo.

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO (ex.: eu mesmo/a)

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

DESEJA RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro

FORMULÁRIO 2/2 · BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA

Como preencher
Preencha, assine pelo GOV.br, com o comprovante de validação, ou à mão, com firma reconhecida em cartório.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

ESTIPULANTE/EMPRESA (seguro coletivo)

Nº DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO

NOME DO BENEFICIÁRIO

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 ATUALIZAÇÕES POR 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
- ○ Prefiro não informar

DADOS BANCÁRIOS

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

TIPO DE CONTA

○ CORRENTE ○ POUPANÇA

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PEP)

VOCÊ 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

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 (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal), autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

Se houver representante legal (curador ou tutor), caso você seja incapaz:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

RG

CPF (000.000.000-00)

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários

Reúna os documentos abaixo antes do envio. Cópias simples são aceitas, exceto quando indicado.

A análise do sinistro não é restrita a esta relação: se necessário, a MetLife pode solicitar **outros documentos** durante o processo. Se isso acontecer, entraremos em contato por e-mail.

OBRIGATÓRIO

Documentos obrigatórios

- [ ] Cópia do seu RG
- [ ] Cópia do seu CPF
- [ ] Cópia do seu comprovante de residência
- [ ] Formulário 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 Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro — Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, 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
  Informando a data do acidente, as lesões causadas, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica.
- [ ] Cópia do resultado de todos os exames realizados

SE APLICÁVEL

Documentos condicionais

- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se acidente automobilístico e você era o(a) condutor(a)
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência, se existente
- [ ] Descrição detalhada do acidente assinada, caso não haja Boletim de Ocorrência
- [ ] Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, se existente
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado

SE APLICÁVEL (SEGURO COLETIVO)

Documentos do estipulante/empresa

Em caso de seguro coletivo, procure o estipulante/empresa para obter os documentos abaixo, se você for funcionário(a) empregado(a).

- [ ] Cópia da Ficha de Registro de Empregado
- [ ] Cópia dos 3 últimos holerites imediatamente anteriores à data da ocorrência do sinistro