Serasa + MetLife

Cobertura: **Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica** | 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 Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

Diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica

Esta cobertura, desde que contratada, garante a você o pagamento de uma indenização em caso de impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer 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**. Cópias simples são aceitas, exceto dos exames médicos e 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:** 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 (VOCÊ)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA COM A QUAL FOI FEITO O SEGURO

DADOS DA OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva desde quando você recebeu o primeiro diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica e a data em que iniciou o tratamento médico.

SEUS DADOS PARA CONTATO

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

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO VIA 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

FORMULÁRIO 2/2 · BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA

Como preencher
Preencha, assine pelo GOV.br e envie com o comprovante de validação da assinatura.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

NÚMERO 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 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

○ 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 nome do beneficiário. Não são aceitas contas salário, benefício, de terceiros ou de empresas.

TIPO DE CONTA

○ CORRENTE ○ POUPANÇA

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, 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 (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):

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. Todas as cópias são simples.

ⓘ Em caso de persistência da dúvida diagnóstica, **auditoria do prontuário médico e/ou perícia médica** poderá ser solicitada, a critério da seguradora.

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, a descrição da evolução clínica e a data em que iniciou o tratamento
  Cópia não é aceita. Envie o relatório original.
- [ ] Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados
- [ ] Comprovação de uremia através de exames laboratoriais
  Aumento da ureia, aumento da creatinina e diminuição do clearance de creatinina, diminuição da taxa de filtração glomerular.