Cobertura: **Internação Hospitalar por Acidente ou Doença** | 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 por internação hospitalar por acidente ou doença da pessoa que contratou o seguro.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

Internação Hospitalar por Acidente ou Doença

Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado Titular o pagamento de uma indenização em virtude de doença ou acidente que cause a perda de sua existência independente, 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, Boletim de Ocorrência e Declaração do Hospital.
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: documentos recebidos, documentos pendentes e data de programação de pagamento, entre outros.

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

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

Descreva em detalhes como o acidente ocorreu.

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO)

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE / UF

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

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)

Nº DO PASSAPORTE (SE NÃO BRASILEIRO)

PAÍS DE EXPEDIÇÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

PAÍS

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

E-MAIL

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

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

BANCO NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além das indicadas 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, fornecer 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 MetLife a creditar, de acordo com os dados informados, o valor de indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

RG

CPF

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.

A análise não se restringe à documentação abaixo: em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar **documentos adicionais** durante a análise. Se isso acontecer, entraremos em contato por e-mail.

OBRIGATÓRIO

Documentação para habilitação do(s) beneficiário(s)

Pode ser solicitada posteriormente pela Seguradora, conforme o andamento da análise.

- [ ] 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
- [ ] Declaração do Hospital informando o período de internação (data de admissão e data da alta) e o número de dias internado em Enfermaria, UTI, Semi-intensiva ou Unidade Coronariana
- [ ] Cópia dos resultados de exames realizados, que possibilitem identificar o diagnóstico
- [ ] Descrição detalhada do acidente
  Caso não haja Boletim de Ocorrência.
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência
  Em caso de acidente com intervenção policial.
- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e o sinistrado for o condutor.