MetLife

Cobertura: **Tratamentos Médicos - Cirurgias** | Documentação: **Beneficiário**

Guia de orientação para o processo de solicitação da indenização

Este guia reúne as etapas, os documentos necessários e os formulários para solicitar a indenização da cobertura de Tratamentos Médicos - Cirurgias.

Sabemos que passar por uma cirurgia não é fácil. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Tratamentos Médicos - Cirurgias

Esta cobertura, desde que contratada, garante a você, segurado titular, o pagamento de uma indenização em caso de luxação de um ou mais ossos indicados na Tabela de Lesões Cobertas contratualmente, desde que requeira cirurgia sob anestesia e decorra exclusivamente de acidente pessoal coberto, exceto riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Disposições Contratuais da apólice.

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 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 Exames.
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 · 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 no e-mail 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.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME CIVIL COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

NOME SOCIAL (SE HOUVER)

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR (seu nome)

CPF DO SEGURADO TITULAR (seu CPF)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE
(empresa pela qual o seguro foi contratado, se houver)

ONDE VOCÊ COMPROU O SEGURO

DADOS DA OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o acidente, a lesão e a cirurgia realizada (até 350 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

Preencha esta parte só se você não for quem está enviando a documentação — por exemplo, se um familiar está fazendo isso por você.

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM VOCÊ

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

GOSTARIA DE RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL?

○ SIM ○ 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, com o comprovante de validação, ou à mão, com firma reconhecida em cartório.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

NOME DO ESTIPULANTE (empresa pela qual o seguro foi contratado, se houver)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO TITULAR (seu nome)

NOME DO BENEFICIÁRIO (seu nome)

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

GOSTARIA DE RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL?

○ SIM ○ 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 seu nome. 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. Cópias simples são aceitas, exceto quando indicado.

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

OBRIGATÓRIO

Documentos obrigatórios

- [ ] Cópia do RG
- [ ] Cópia do CPF
- [ ] Cópia do comprovante de residência em seu nome
- [ ] 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 - Beneficiário Pessoa Física, 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 da cirurgia, o tempo de internação e a alta médica.
- [ ] Relatório médico
  Informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s), com data(s), tratamento(s) realizado(s), prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso (inclusive cirúrgicas), e as sequelas decorrentes (temporárias e/ou permanentes).
- [ ] Todos os exames realizados, indicativos, para diagnóstico confirmativo da doença e dos tratamentos

CONDICIONAL

Se a MetLife identificar que você perdeu a capacidade de decisão

A avaliação médica da MetLife pode indicar que você não está em condições de decidir sozinho sobre o processo. Se isso acontecer, vamos pedir comprovação de curatela ou tutela - você não precisa enviar esse documento antes dessa confirmação.