Cobertura: **Tratamentos Médicos - Cirurgias** | Documentação: **Procurador/Tutor**

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, em nome do beneficiário (segurado titular).

Você está representando outra pessoa neste processo. Separe os documentos de quem você representa dos seus documentos como procurador/tutor.

SOBRE ESTA COBERTURA

Tratamentos Médicos - Cirurgias

Esta cobertura, desde que contratada, garante ao 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. Você conduz a solicitação. A MetLife analisa o pedido e a representação conforme as condições da apólice.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Preencha os campos direto no arquivo, em nome da pessoa representada, e assine como procurador/tutor. 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 da procuração 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, RG e Procuração.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo, em nome da pessoa representada. No corpo do e-mail, identifique quem você representa e o seu nome como procurador/tutor.

ENVIE PARA
doctos_de_sinistros@metlife.com

ASSUNTO DO E-MAIL
Nome da pessoa representada · CPF da pessoa representada · 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. O envio da procuração não garante a aceitação da representação.

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 DA PESSOA REPRESENTADA (BENEFICIÁRIO / SEGURADO TITULAR)

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
(preencha mesmo se a pessoa representada for o titular)

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

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

ONDE A PESSOA REPRESENTADA 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).

SEUS DADOS COMO PROCURADOR/TUTOR

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

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA REPRESENTADA

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 em nome da pessoa representada, assine pelo GOV.br, com o comprovante de validação, ou à mão, com firma reconhecida em cartório.

DADOS DO SEGURO E DA PESSOA REPRESENTADA

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

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO TITULAR

NOME DA PESSOA REPRESENTADA

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 nome da pessoa representada. 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)

A PESSOA REPRESENTADA, 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 os dados pessoais da pessoa representada e, quando aplicável, dados pessoais sensíveis, para análise, regulação e pagamento do sinistro, conforme a Política de Privacidade.
- ☐ Na condição de (procurador / tutor), autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

Se houver representante legal (curador ou tutor) da pessoa representada:

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 da procuração e quando indicado.

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

OBRIGATÓRIO SE VOCÊ FOR PROCURADOR

Documentos do procurador

A procuração precisa autorizar você a atuar neste processo, ter poderes específicos para representação em processo de sinistro de seguro e ter assinatura eletrônica com validade jurídica ou firma reconhecida em cartório. Identifique você e a pessoa representada em arquivos separados.

- [ ] RG e CPF do procurador
- [ ] Procuração original ou cópia autenticada

OBRIGATÓRIO SE VOCÊ FOR TUTOR/CURADOR

Documentos do tutor/curador

Seus documentos como tutor: A curatela é um documento que comprova que você é responsável legal por representar a pessoa segurada.

- [ ] RG e CPF do tutor(a)/curador(a)
- [ ] Documento legal que comprove a tutela ou curatela sobre a pessoa representada
  Termo de tutela, se ela for menor de idade, ou termo de curatela/sentença de interdição, se maior de idade declarada incapaz.

OBRIGATÓRIO

Documentos obrigatórios da pessoa representada

- [ ] Formulário Aviso de Sinistro, preenchido por você em nome da pessoa representada, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 2 deste guia · Formulário 1 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
- [ ] Cópia do RG
- [ ] Cópia do CPF
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do segurado
- [ ] Formulário Autorização para Pagamento de Indenização - Beneficiário Pessoa Física, preenchido por você em nome da pessoa representada, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.

CONDICIONAL

Se a MetLife identificar que a pessoa representada perdeu a capacidade de decisão

A avaliação médica da MetLife pode indicar que a pessoa representada não está em condições de decidir sozinha sobre o processo. Se isso acontecer, vamos pedir comprovação de curatela ou tutela - não é preciso enviar esse documento antes dessa confirmação.