MetLife

Cobertura: **Tratamentos Médicos — Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas** | Documentação: **Beneficiário**

Guia de orientação para o processo de solicitação do reembolso

Este guia reúne as etapas, os documentos necessários e os formulários para solicitar o reembolso das suas despesas médico-hospitalares e/ou odontológicas.

Reunimos aqui tudo o que você precisa para dar entrada no seu reembolso.

SOBRE ESTA COBERTURA

Tratamentos Médicos — Despesas Médico-Hospitalares e/ou Odontológicas

Esta cobertura garante o reembolso das suas despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, respeitados os limites contratados, quando essas despesas forem consequência exclusiva de um Acidente Pessoal coberto e necessárias ao seu restabelecimento, desde que prescritas por médico — exceto Riscos Excluídos e observadas as Condições Gerais e Disposições Contratuais da Apólice.

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 a 4** 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 5**. 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, Notas Fiscais 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
Nome do segurado titular · CPF do segurado titular · 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 pendentes, data de programação de pagamento, entre outros.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/3

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 (VOCÊ)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

VOCÊ É

○ SEGURADO TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI/MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

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

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA (se o seguro for coletivo)

ONDE VOCÊ COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o acidente e o atendimento médico/odontológico realizado (até 350 caracteres).

SEUS DADOS DE CONTATO

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

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 de Sinistro

FORMULÁRIO 2/3 · BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA

Como preencher

Preencha em nome de quem vai receber o reembolso — você mesmo(a) ou, se as despesas foram pagas por outra pessoa física, o contratante das despesas —, 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 (se o seguro for coletivo)

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

GOSTARIA DE RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL?

◯ SIM ◯ NÃO

SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA

PROFISSÃO

PAÍS DE NASCIMENTO

PATRIMÔNIO ESTIMADO 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 (o 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), 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 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro

FORMULÁRIO 3/3 · BENEFICIÁRIO PESSOA JURÍDICA

Como preencher

Preencha quando quem vai receber o reembolso for uma pessoa jurídica — por exemplo, quando o contratante das despesas é uma empresa —, 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 (se o seguro for coletivo)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO

NOME DO BENEFICIÁRIO

CNPJ (00.000.000/0000-00)

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

ENDEREÇO

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

PATRIMÔNIO LÍQUIDO

○ Até R$ 100.000,00
○ De R$ 100.001,00 a R$ 500.000,00
○ De R$ 500.001,00 a R$ 1.000.000,00
○ De R$ 1.000.001,00 a R$ 3.000.000,00
○ Acima de R$ 3.000.000,00
○ Prefiro não informar

FATURAMENTO MENSAL

○ Até R$ 100.000,00
○ De R$ 100.001,00 a R$ 500.000,00
○ De R$ 500.001,00 a R$ 1.000.000,00
○ De R$ 1.000.001,00 a R$ 3.000.000,00
○ Acima de R$ 3.000.000,00
○ Prefiro não informar

DADOS BANCÁRIOS

A conta precisa estar em nome do beneficiário. Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além da indicada.

TIPO DE CONTA

○ CORRENTE ○ POUPANÇA

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PEP)

O BENEFICIÁRIO, 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 para análise, regulação e pagamento do sinistro, conforme a Política de Privacidade.

☐ Na condição de (segurado / beneficiário), 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 caso, **documentos adicionais** poderão ser solicitados durante a análise. Se isso acontecer, entraremos em contato por e-mail.

OBRIGATÓRIO

Documentos obrigatórios

- [ ] RG do segurado titular
- [ ] CPF do segurado titular
- [ ] Comprovante de residência em nome do segurado
- [ ] Formulário Aviso de Sinistro, preenchido por você, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 2 deste guia · Formulário 1 de 3.
- [ ] Formulário Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro — Beneficiário Pessoa Física, preenchido por você, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 3.
- [ ] Relatórios, exames médicos originais e radiografias originais
  Que comprovem a invalidez.
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência, se existente
- [ ] Descrição detalhada do acidente assinada
  Caso não haja Boletim de Ocorrência.
- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e você for o(a) condutor(a).
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico, se realizado
- [ ] Notas fiscais ou recibos originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas

SE APLICÁVEL (SEGURO COLETIVO)

Documentos do estipulante/empresa

Em caso de seguro coletivo, procure o estipulante/empresa para obter os documentos listados abaixo.

- [ ] Cópia da Ficha de Registro de Empregado, no caso de funcionário empregado
- [ ] Cópia dos 3 últimos holerites imediatamente anteriores à data da ocorrência do sinistro, no caso de funcionário empregado
- [ ] Cópia do comprovante de matrícula (se o sinistro for do Produto AP Estudante)

SE APLICÁVEL

Documentos do contratante das despesas (caso não seja você)

- [ ] Cópia do RG (se pessoa física)
- [ ] Cópia do CPF (se pessoa física)
- [ ] Cópia do contrato social (se pessoa jurídica, mesmo que seja o estipulante/empresa)
- [ ] Cópia do comprovante de residência (se pessoa física)
- [ ] Formulário Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro — Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, nominal ao contratante das despesas, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Páginas 3 e 4 deste guia · Formulários 2 e 3 de 3.

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(a) sobre o processo. Se isso acontecer, vamos pedir comprovação de curatela ou tutela — não é preciso enviar esse documento antes dessa confirmação.