Cobertura: **Diárias de Internação Hospitalar** | 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 benefício de Diárias de Internação Hospitalar.

Sabemos que passar por uma internação é um momento delicado. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Diárias de Internação Hospitalar

Esta cobertura, desde que contratada, garante ao Segurado Titular o pagamento de diárias, em caso de sua hospitalização causada por Doença ou Acidente Pessoal coberto, até o limite máximo de diárias previstas contratualmente, 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 a 4** 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 5**.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Nomeie cada arquivo com o Tipo de Documento, para agilizar a análise. Ex.: Comprovante de Residência, Formulário de Autorização de Pagamento, RG.
4. **Envie a documentação:** A abertura do sinistro deve ser feita pelo Portal do segurado.

Acesse o Portal do segurado para dar início e 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 complementares. Encaminhe a documentação completa de uma única vez para evitar atrasos.

Acompanhamento

Você pode receber informações sobre documentos recebidos, documentos pendentes e data de programação de pagamento. Para isso, responda "Sim" à pergunta sobre atualizações no formulário de Aviso de Sinistro.

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)

TIPO DE SINISTRADO

○ TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI/MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

EM QUAL COMPANHIA DE SEGUROS

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA *

* Pessoa jurídica que contrata um seguro coletivo e que possui poderes para representar os segurados. Podendo ser: empresas, associações, sindicatos, bancos, cartões, escolas, entre outros.

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva em detalhes a ocorrência que motivou a internação.

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO)

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

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

ASSINATURA

DATA (DD/MM/AAAA)

ASSINATURA DO SOLICITANTE

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 de titularidade do beneficiário. 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)

SE NÃO BRASILEIRO, INFORMAR Nº PASSAPORTE

PAÍS DE EXPEDIÇÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

PAÍS

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

DESEJA RECEBER ATUALIZAÇÕES 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.

TIPO DE CONTA (de titularidade do beneficiário)

○ CONTA CORRENTE ○ CONTA POUPANÇA ○ ORDEM DE PAGAMENTO (sem conta bancária)

BANCO Nº

BANCO NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

A ordem de pagamento é uma alternativa para quem não possui conta bancária: o pagamento será disponibilizado em nome do beneficiário em qualquer agência do Banco Itaú mediante identificação. Essa opção não está disponível para beneficiários menores.

Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além das indicadas acima.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização · Declaração PEP

FORMULÁRIO 2/2 · CONTINUAÇÃO

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.

(*) São consideradas Funções Públicas Relevantes: Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União; membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

☐ Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, autorizo a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

ASSINATURA

DATA (DD/MM/AAAA)

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (se incapaz)

RG

CPF (000.000.000-00)

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários

Reúna os documentos abaixo antes do envio. Todos são de envio obrigatório para que se inicie o processo de análise e contagem do prazo de regulação.

A análise do sinistro não é restrita à documentação básica e obrigatória apresentada. Caso necessário, poderemos solicitar **outros documentos e informações** durante o processo. Se isso acontecer, entraremos em contato por e-mail.

OBRIGATÓRIO

Documentos do segurado sinistrado

- [ ] 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
  Páginas 3 e 4 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

OBRIGATÓRIO

Documentos da internação e da ocorrência

- [ ] 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 dos 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.

Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez: isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro. Dúvidas sobre o preenchimento dos formulários, acesse metlife.com.br/sinistro/preenchimento; sobre como obter os documentos solicitados, acesse metlife.com.br/sinistro/documentos. Para solicitar sinistro de outra cobertura, acesse metlife.com.br/sinistro e retire o kit sinistro correspondente.