PicPay + MetLife

Cobertura: **Diária 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 seguro de diária de internação hospitalar.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

## Internação hospitalar da pessoa segurada (Diária de Internação Hospitalar)

Se a pessoa segurada precisar ser internada por doença ou acidente coberto, esta cobertura garante o pagamento de diárias pelo período de internação, até o limite de diárias previsto na apólice e conforme as condições gerais.

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, Declaração do Hospital e RG
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 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. Envie pelo Portal de Sinistros, junto com os demais documentos.

## DADOS DA PESSOA SEGURADA (SINISTRADO)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO
○ TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI/MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?
○ SIM ○ NÃO

SE POSSUI OUTROS SEGUROS, INFORME A COMPANHIA

## DADOS DO SEGURO

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (TITULAR)

CPF DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (000.000.000-00)

Nº DA APÓLICE (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO)

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

Empresa, associação, sindicato, banco ou outra pessoa jurídica que contratou o seguro coletivo.

## INFORMAÇÕES SOBRE A OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Informe se a internação foi por doença ou acidente, o hospital e o período em que a pessoa ficou internada.

## DADOS DE QUEM ESTÁ SOLICITANDO (SOLICITANTE)

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA SEGURADA

E-MAIL

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO?
○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

## 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, OU FUNÇÃO RELEVANTE EM ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL?
○ SIM ○ NÃO

Se sim, preencha:

CARGO OU FUNÇÃO EXERCIDA

PERÍODO DE EXERCÍCIO

ÓRGÃO OU ENTIDADE

PAÍS

## 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 de quem recebe a indenização, indicada neste formulário. Não aceitamos contas salário, benefício, de terceiros ou de empresas. Leia antes de assinar.

## DADOS DO SEGURO E DE QUEM RECEBE A INDENIZAÇÃO

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº DA APÓLICE (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO)

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (TITULAR)

NOME DE QUEM RECEBE A INDENIZAÇÃO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

Nº DO PASSAPORTE (SE NÃO BRASILEIRO)

PAÍS DE NASCIMENTO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

PAÍS

CEP (00000-000)

CIDADE / UF

E-MAIL

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

## INFORMAÇÕES SOBRE BENS E FINANÇAS

PROFISSÃO

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

TIPO DE CONTA

○ CORRENTE ○ POUPANÇA

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

## 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 o valor da indenização conforme os dados acima.
- ☐ Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

## 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.

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

**OBRIGATÓRIO**

## Documentos da pessoa segurada

- [ ] 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.
- [ ] RG da pessoa segurada
- [ ] CPF da pessoa segurada
- [ ] Comprovante de residência em nome da pessoa segurada

**OBRIGATÓRIO**

## Comprovação da internação

- [ ] 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
- [ ] Resultados dos exames realizados que possibilitem identificar o diagnóstico

**SE APLICÁVEL**

## Se a internação foi causada por acidente

Envie apenas se este for o seu caso.

- [ ] Boletim de Ocorrência (B.O.), em caso de acidente com intervenção policial
- [ ] Descrição detalhada do acidente, caso não haja B.O.
- [ ] CNH (Carteira Nacional de Habilitação), se acidente automobilístico e a pessoa segurada for o condutor