MetLife

Cobertura: **Ingresso Protegido: Morte Acidental Acompanhante** | Documentação: **Procurador**

Guia de orientação para o processo de solicitação do benefício

Este guia reúne as etapas, os documentos e os formulários para solicitar o reembolso do ingresso por morte acidental do acompanhante, em nome de quem você representa.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

Ingresso Protegido: Morte Acidental Acompanhante

Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do reembolso no valor do ingresso adquirido.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Preencha os campos direto no arquivo, em nome da pessoa representada, e assine como procurador. 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**.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Nomeie cada arquivo com o Tipo de Documento, por exemplo: Aviso de Sinistro, Certidão de Óbito, Procuração.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo, em nome da pessoa representada. O assunto do e-mail deverá ser o Nome | CPF do Segurado | Número do sinistro na MetLife, caso tenha. No corpo do e-mail, identifique quem você representa e o seu nome como procurador.

ENVIE PARA
sinistro.metlifebrasil@klimber.com

ASSUNTO DO E-MAIL
Nome | CPF do Segurado | Número do sinistro na MetLife, caso tenha

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
Para receber atualizações sobre documentos recebidos e pendentes, responda "Sim" à pergunta sobre atualizações por e-mail e/ou SMS, presente nos formulários deste kit.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/3

Como preencher

Preencha os campos direto no arquivo, em nome da pessoa representada. Depois, assine pelo GOV.br e inclua o comprovante de validação, ou imprima e assine à mão, com firma reconhecida em cartório. Envie por e-mail, 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 o seguro coletivo)

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o ocorrido (até 300 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

NOME

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

ENDEREÇO

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 VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

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 DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização

FORMULÁRIO 2/3 · PESSOA FÍSICA

Informações sobre o pagamento

O valor será depositado somente na conta do beneficiário indicada neste formulário. 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, 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 INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ 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
○ Não quero informar

DADOS BANCÁRIOS

SELECIONE A OPÇÃO DESEJADA

○ Conta corrente de titularidade do beneficiário ○ Conta poupança de titularidade do beneficiário

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além da indicada acima.

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PEP)

O BENEFICIÁRIO É AGENTE PÚBLICO QUE DESEMPENHA OU TENHA DESEMPENHADO, NOS 5 ANOS ANTERIORES, CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS RELEVANTES, OU É REPRESENTANTE, FAMILIAR OU PESSOA DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO DE QUEM EXERCE?

○ SIM ○ NÃO

EM CASO POSITIVO, ESCLAREÇA

Se PEP, forneça também cópia do comprovante da profissão, do patrimônio ou faixa de renda e do telefone. Definição completa de Funções Públicas Relevantes na Central de Atendimento MetLife.

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.

☐ 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.

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

RG

CPF (000.000.000-00)

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Declaração de Únicos Herdeiros

FORMULÁRIO 3/3

Use este formulário só se não houver pessoa indicada para receber o seguro na apólice.

Preencha os campos direto no arquivo ou imprima e preencha à mão. Siga as instruções de preenchimento digital ou manual na **página 1**.

DADOS DO SEGURADO

NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A)

DATA DO FALECIMENTO (DD/MM/AAAA)

ESTADO CIVIL

○ Solteiro ○ Casado ○ Divorciado ○ Viúvo ○ Outro

FILHOS

○ Com filhos ○ Sem filhos

COMPANHEIRO(A) EM UNIÃO ESTÁVEL

NOME COMPLETO DO(A) COMPANHEIRO(A)

PERÍODO DE CONVIVÊNCIA (DD/MM/AAAA a DD/MM/AAAA)

HERDEIROS

QUAL O NÚMERO TOTAL DE HERDEIROS?

DADOS DE UM HERDEIRO

Relacione os dados do herdeiro do(a) segurado(a) (descendente, ascendente ou cônjuge). Se houver descendente e/ou ascendente falecido, anexe a certidão de óbito.

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

CPF (000.000.000-00)

RG

PARENTESCO

ESTADO CIVIL

ENDEREÇO COMPLETO

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

PAÍS

TELEFONE / CELULAR

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

ASSINATURA DO HERDEIRO

Assine à mão ou pelo GOV.br

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

Assine à mão ou pelo GOV.br

Se houver outros herdeiros, cada um precisa preencher e assinar o próprio formulário adicional (um por herdeiro). **Clique aqui** para acessá-lo. **É obrigatório o envio de todos os formulários adicionais junto com este formulário principal**, no mesmo e-mail. Se a assinatura for digital, inclua o comprovante de validação de cada herdeiro. Se for manual, a firma de cada herdeiro deve estar reconhecida.

DECLARAÇÃO

☐ Declaro que as informações e os documentos apresentados são verdadeiros e correspondem aos fatos.

☐ Declaro que o(s) herdeiro(s) assinou(aram) este formulário e que, se houver mais de um, cada herdeiro adicional preencheu o formulário adicional, que será enviado junto com este.

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Relação de documentos para análise

Reúna os documentos abaixo antes do envio. Cópias simples são aceitas, exceto da procuração.

A análise não é restrita à documentação abaixo. A Seguradora poderá solicitar outros documentos e informações necessários à completa elucidação do sinistro, conforme a Regulamentação da SUSEP e as Condições Gerais do produto.

OBRIGATÓRIO

Seus documentos como Procurador

A procuração deve cumprir os requisitos abaixo e será verificada durante a análise. O envio não garante a aceitação da representação.

- [ ] RG e CPF do Procurador
- [ ] Procuração original ou cópia autenticada
  Autoriza você a atuar em nome do Beneficiário.
- [ ] Poderes específicos para representação em processo de sinistro de seguro
  Poderes genéricos podem não ser aceitos.
- [ ] Assinatura eletrônica válida ou firma reconhecida em cartório
  Sem isso, o documento não é aceito.

OBRIGATÓRIO

Obrigatórios em todos os casos

- [ ] Aviso de Sinistro preenchido e assinado
  Página 2 deste guia · Formulário 1 de 3. Assinado pelo GOV.br, com comprovante de validação, ou com firma reconhecida.
- [ ] Cópia da Certidão de Óbito do sinistrado (Acompanhante falecido)
- [ ] Documentos do segurado, titular da apólice
  RG, CPF e comprovante de residência.
- [ ] Documentos do sinistrado (Acompanhante falecido)
  RG, CPF e comprovante de residência.
- [ ] Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial)
- [ ] Cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado

OBRIGATÓRIO

Documentos do beneficiário e do pagamento

- [ ] Formulário original MetLife de Autorização para Pagamento de Indenização - Beneficiário Pessoa Física nominal ao segurado titular
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 3. Assinado pelo GOV.br, com comprovante de validação, ou com firma reconhecida.
- [ ] Cópia dos ingressos ou comprovante de compra dos ingressos

SE APLICÁVEL

Comprovação das circunstâncias do acidente

Envie apenas se aplicável ao caso.

- [ ] Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s)
- [ ] Cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver

SOMENTE SE NÃO HOUVER PESSOA INDICADA

Quando não há pessoa indicada para receber o seguro na apólice

Envie apenas se este for o seu caso.

- [ ] Formulário de Declaração de Únicos Herdeiros preenchido e assinado
  Página 4 deste guia · Formulário 3 de 3. Assinado pelo herdeiro pelo GOV.br (com comprovante de validação) ou à mão com firma reconhecida. Se houver outros herdeiros, cada um preenche e assina o próprio formulário adicional. Envie todos no mesmo e-mail do formulário principal.
- [ ] Certidão de óbito de herdeiro(s) falecido(s), se houver