Cobertura: **Ingresso Protegido: Incapacidade Temporária Acompanhante** | 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 Ingresso Protegido por incapacidade temporária por acidente ou doença do Acompanhante.

Sabemos que passar por um período de afastamento pode ser desafiador. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Ingresso Protegido: Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença Acompanhante

Esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do reembolso no valor do ingresso adquirido, em caso de incapacidade temporária por acidente ou doença do Acompanhante do Segurado.

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 de forma completa e digital, 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:** Nomeie cada arquivo com o tipo de documento, por exemplo: Atestado Médico, Comprovante de Compra dos Ingressos, RG.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo. O assunto do e-mail deverá ser o Nome | CPF do Segurado.

sinistro.metlifebrasil@klimber.com

ASSUNTO DO E-MAIL:
Nome | CPF do Segurado

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
Para receber atualizações sobre documentos recebidos e pendentes, responda "Sim" à pergunta sobre atualizações por e-mail e/ou SMS, presente no Aviso de Sinistro (**página 2** deste guia).

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 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

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 2/2 · 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 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários

Reúna os documentos abaixo antes do envio. Cópias simples são aceitas.

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

Documentos básicos e obrigatórios

- [ ] **Aviso de Sinistro preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida**
  Formulário padrão MetLife · Página 2 deste guia · Formulário 1 de 2.
- [ ] **Documentos do segurado**
  RG, CPF e comprovante de residência.
- [ ] **Documentos do sinistrado**
  RG, CPF e comprovante de residência.
- [ ] **Formulário original MetLife de Autorização para Pagamento de Indenização - Beneficiário Pessoa Física nominal ao segurado titular, preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida**
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.
- [ ] **Atestado médico**
  Especificando os dias de afastamento.
- [ ] **Cópia dos ingressos ou comprovante de compra dos ingressos**