MetLife

Cobertura: **Diária por Internação Hospitalar** | Documentação: **Segurado**

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 da cobertura de Diária por Internação Hospitalar.

Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Diária por Internação Hospitalar

Esta cobertura garante o pagamento de diárias a você, segurado titular, em caso de hospitalização causada por Doença ou Acidente Pessoal coberto, até o limite máximo de diárias previsto contratualmente, exceto Riscos Excluídos e observadas as Condições Gerais e as Disposições Contratuais da Apólice.

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**. Cópias simples são aceitas, salvo quando for pedido documento original.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Envie documentos legíveis e nomeie cada arquivo de acordo com o tipo de documento.
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 · 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 regulamentação SUSEP. Caso necessário, poderemos solicitar documentos complementares.

Acompanhamento
Você pode receber informações sobre o andamento do processo — documentos recebidos, documentos pendentes, data de programação de pagamento, entre outros — por e-mail e/ou SMS. Responda "Sim" à pergunta sobre acompanhamento presente nos formulários.

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 (você)

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, EM QUAL COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA (se aplicável)

ONDE VOCÊ COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

○ DOENÇA ○ ACIDENTE PESSOAL

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o ocorrido (até 350 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO)

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO 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

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro - Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica

FORMULÁRIO 2/2

Informações sobre o pagamento

Esta autorização é nominal ao segurado titular. Preencha e assine pelo GOV.br, com o comprovante de validação, ou à mão, com firma reconhecida em cartório.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº 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 E NIF (se não brasileiro)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

PAÍS

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

E-MAIL

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO 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 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

Conta corrente ou poupança de titularidade do beneficiário. Não são aceitas contas salário, benefício, de terceiros ou de Pessoa Jurídica.

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 É AGENTE PÚBLICO QUE DESEMPENHA OU TENHA DESEMPENHADO, NOS 5 ANOS ANTERIORES, CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS RELEVANTES, NO BRASIL OU NO EXTERIOR, ASSIM COMO SEUS REPRESENTANTES, FAMILIARES E PESSOAS DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, ESCLAREÇA

Se Pessoa Politicamente Exposta, envie também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou 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.

☐ Na condição de segurado, autorizo a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A a creditar, de acordo com os dados acima, o valor de indenização apurado na análise do sinistro, dando a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

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, salvo quando for pedido documento original.

Todos os documentos abaixo são de envio obrigatório para que se inicie o processo de análise e a contagem do prazo de regulação. Ao digitalizar, nomeie cada arquivo conforme o tipo de documento.

OBRIGATÓRIO

Documentos do segurado titular

- [ ] 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 de Sinistro - Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, 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.
- [ ] Cópia do RG do segurado titular
- [ ] Cópia do CPF do segurado titular
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do segurado titular
- [ ] Relatório médico original informando a data do acidente, as lesões causadas, o período necessário para o tratamento e a data de confirmação da alta médica
- [ ] Cópia do resultado de todos os exames realizados

SE APLICÁVEL

Comprovação das circunstâncias do acidente

Envie apenas se aplicável ao seu caso.

- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e o segurado era o condutor.
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência
  Se existente.
- [ ] Descrição detalhada do acidente, assinada
  Caso não haja Boletim de Ocorrência.
- [ ] Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)
  Se existente.
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.