MetLife

Cobertura: **Diárias por Incapacidade Temporária** | 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 Diárias por Incapacidade Temporária.

Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Diárias por Incapacidade Temporária

Esta cobertura garante o pagamento de diárias a você, segurado titular, quando você fica temporariamente incapacitado para o trabalho por Doença ou Acidente Pessoal coberto, comprovado por atestado médico com os dias de afastamento, 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**.
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

Esta autorização é nominal ao segurado titular. 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

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

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o ocorrido (até 350 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 DE SINISTRO VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

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

Como preencher
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)

SE NÃO BRASILEIRO, Nº DO PASSAPORTE, PAÍS DE EXPEDIÇÃO E NIF

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

PAÍS

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES 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

EM CASO POSITIVO, 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

☐ 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.

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

OBRIGATÓRIO

Obrigatórios em todos os casos

- [ ] Atestado médico, especificando os dias de afastamento
- [ ] 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 (carteira de identidade) do segurado titular
- [ ] Cópia do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do segurado titular
- [ ] Cópia do comprovante de residência do segurado titular
- [ ] Exames médicos complementares realizados
- [ ] Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) — os três últimos anteriores ao afastamento — ou Declaração do Imposto de Renda ou Carnê-Leão (último)
- [ ] Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem o afastamento
- [ ] Relatório médico informando desde quando o segurado titular recebeu o primeiro diagnóstico do quadro médico apresentado, a descrição da evolução clínica e a data em que iniciou o tratamento. No caso de acidente, deve conter a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação