MetLife

Cobertura: **Invalidez Acidental Majorada** | Documentação: **Cônjuge**

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 por invalidez acidental do cônjuge da pessoa que contratou o seguro.

Conte com a gente para acompanhar você em cada etapa e ajudar no que for preciso.

SOBRE ESTA COBERTURA

Invalidez Acidental Majorada

Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização a você — cônjuge da pessoa que contratou o seguro —, quando um acidente coberto pela apólice causar invalidez permanente, total ou parcial, conforme as Condições Gerais do produto contratado.

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, RG e Relatório Médico.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo.

ENVIE PARA
doctos_de_sinistros@metlife.com

ASSUNTO DO E-MAIL
Seu nome · Seu CPF · Número do sinistro (se houver)

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

Formulário 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.

SEUS DADOS (CÔNJUGE)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

DADOS DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (TITULAR)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

DADOS DO SEGURO

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

ONDE A PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO COMPROU O SEGURO

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente como o acidente ocorreu (até 350 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

Preencha esta parte só se você não for a pessoa sinistrada — por exemplo, se está enviando em nome de outra pessoa.

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA SINISTRADA

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

GOSTARIA DE RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL?

○ SIM ○ 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

FORMULÁRIO 2/2 · PESSOA FÍSICA

Informações sobre o pagamento

O valor será depositado somente na sua conta, indicada neste formulário. Não aceitamos contas salário, benefício, de terceiros ou de empresas. Leia antes de assinar.

DADOS DO SEGURO E SEUS DADOS (CÔNJUGE)

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº DA APÓLICE

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

Nº DO PASSAPORTE (SE NÃO BRASILEIRO)

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

GOSTARIA DE RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL?

○ SIM ○ NÃO

INFORMAÇÕES SOBRE BENS E FINANÇAS

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
- ○ 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 DE 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 — NO BRASIL OU NO EXTERIOR, INCLUSIVE EM ORGANISMOS INTERNACIONAIS?

○ SIM ○ NÃO

Se sim, preencha:

CARGO OU FUNÇÃO EXERCIDA

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

ÓRGÃO OU ENTIDADE

PAÍS

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.
- ☐ Autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.
- ☐ Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal), autorizo a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A a creditar o valor apurado na análise do sinistro, dando a mais ampla, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE VOCÊ FOR INCAPAZ)

RG

CPF (000.000.000-00)

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

Obrigatórios em todos os casos

- [ ] Formulário 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 Autorização para Pagamento de Indenização, preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.
- [ ] Seu RG
- [ ] Seu CPF
- [ ] Comprovante de residência em seu nome
- [ ] Relatórios, exames médicos e radiografias originais que comprovem a invalidez
- [ ] Relatório médico com a data do acidente, o percentual do déficit funcional por segmento, a data de confirmação da alta médica e da reabilitação
- [ ] Boletim de Ocorrência (BO)
- [ ] Comprovação do vínculo conjugal
  Certidão de Casamento (se casado(a)) ou Comprovantes de União Estável — mínimo 3 documentos (se em união estável).

SE APLICÁVEL

Comprovação das circunstâncias do acidente

Envie apenas se aplicável ao seu caso.

- [ ] Descrição detalhada do acidente, assinada
  Apenas se não houver Boletim de Ocorrência.
- [ ] Sua Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e você era a condutora ou o condutor.
- [ ] Resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.
- [ ] Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente
  Se realizado.