Cobertura: **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente** | Documentação: **Procurador/Tutor**

Guia de orientação para o processo de solicitação do benefício

Este guia reúne as etapas, os documentos necessários e os formulários para solicitar o benefício por invalidez permanente total ou parcial por acidente, em nome do beneficiário (segurado titular ou cônjuge).

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

SOBRE ESTA COBERTURA

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Em caso de invalidez permanente, total ou parcial, causada exclusivamente por acidente pessoal coberto — quando as lesões não podem ser revertidas ou recuperadas por reabilitação ou pelos tratamentos disponíveis no momento da avaliação —, esta cobertura garante uma indenização à pessoa representada, segurado titular ou cônjuge, conforme as condições da apólice. Você conduz a solicitação. A MetLife analisa o pedido e a representação conforme as condições da apólice.

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 e 3** 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 4**. Cópias simples são aceitas, exceto da procuração e quando indicado.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Envie documentos legíveis e nomeie cada arquivo de acordo com o conteúdo. Ex.: Aviso de Sinistro, Laudo Médico, RG e Procuração.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo, em nome da pessoa representada. 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 da pessoa representada · CPF da pessoa representada · 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. O envio da procuração não garante a aceitação da representação.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/2

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. Uma autorização para cada beneficiário. Envie por e-mail, junto com os demais documentos.

DADOS DA PESSOA REPRESENTADA (BENEFICIÁRIO)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

A PESSOA REPRESENTADA É

○ SEGURADO TITULAR ○ CÔNJUGE

POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR
(preencha mesmo se a pessoa representada for o titular)

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE
(empresa pela qual o seguro foi contratado)

ONDE A PESSOA REPRESENTADA COMPROU O SEGURO

DADOS DO ACIDENTE

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

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

SEUS DADOS COMO PROCURADOR

As atualizações sobre o andamento vão para o e-mail. Para recebê-las, marque a opção Sim abaixo.

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA REPRESENTADA

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

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 · BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA OU JURÍDICA

Como preencher
Preencha em nome da pessoa representada, assine pelo GOV.br, com o comprovante de validação, ou à mão, com firma reconhecida em cartório. Preencha uma autorização para cada beneficiário.

DADOS DO SEGURO E DA PESSOA REPRESENTADA

NOME DO ESTIPULANTE (empresa pela qual o seguro foi contratado)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO TITULAR

NOME DA PESSOA REPRESENTADA

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 (SE NÃO BRASILEIRO)

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

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
◯ Prefiro não informar

DADOS BANCÁRIOS

A conta precisa estar em nome da pessoa representada. Não são aceitas contas salário, benefício, de terceiros ou de empresas.

TIPO DE CONTA
◯ CORRENTE ◯ POUPANÇA

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PEP)

A PESSOA REPRESENTADA, 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, OU FUNÇÃO RELEVANTE EM ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL?
◯ SIM ◯ NÃO

Se sim, esclareça e envie também: comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou da 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, de acordo com os dados informados acima, o valor da indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, geral e irrevogável quitação.

☐ Autorizo a MetLife a tratar os dados pessoais da pessoa representada e, quando aplicável, dados pessoais sensíveis, para análise, regulação e pagamento do sinistro, conforme a Política de Privacidade.

☐ Na condição de (procurador), autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

Se houver representante legal de pessoa incapaz:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL

RG

CPF (000.000.000-00)

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, exceto da procuração e quando indicado.

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

OBRIGATÓRIO SE VOCÊ FOR PROCURADOR

Seus documentos como procurador

A procuração precisa autorizar você a atuar neste processo, ter poderes específicos para representação em processo de sinistro de seguro e ter assinatura eletrônica com validade jurídica ou firma reconhecida em cartório. Identifique você e a pessoa representada em arquivos separados.

- [ ] RG e CPF do procurador
- [ ] Procuração original ou cópia autenticada

OBRIGATÓRIO SE VOCÊ FOR TUTOR/CURADOR

Seus documentos como tutor/curador

Seus documentos como tutor: A curatela é um documento que comprova que você é responsável legal por representar a pessoa segurada.

- [ ] RG e CPF do tutor(a)/curador(a)
- [ ] Documento legal que comprove a tutela ou curatela sobre a pessoa representada
  Termo de tutela, se ela for menor de idade, ou termo de curatela/sentença de interdição, se maior de idade declarada incapaz.

OBRIGATÓRIO

Documentos obrigatórios da pessoa representada

- [ ] RG
- [ ] CPF
- [ ] Comprovante de residência
- [ ] Formulário Aviso de Sinistro, preenchido por você em nome da pessoa representada, 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 — Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, preenchido por você em nome da pessoa representada, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Uma autorização para cada beneficiário. Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.

OBRIGATÓRIO

Comprovação médica da invalidez

- [ ] Cópia dos relatórios e exames médicos originais, e das radiografias originais, que comprovem a invalidez
- [ ] Relatório médico
  Com a data do acidente, o percentual do déficit funcional por segmento, a data da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação.
- [ ] Boletim de Ocorrência
- [ ] Descrição detalhada do acidente, assinada
  Apenas se não houver Boletim de Ocorrência.

SE APLICÁVEL

Comprovação das circunstâncias do acidente

- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se o acidente foi automobilístico e a pessoa representada era a condutora.
- [ ] Resultado do exame de dosagem alcoólica ou toxicológico
  Se foi realizado.
- [ ] Laudo de perícia técnica realizada no local do acidente

SE APLICÁVEL (SEGURO COLETIVO)

Documentos do estipulante/empresa

Procure o RH ou a empresa estipulante para obter e enviar também os documentos abaixo.

- [ ] Ficha de Registro de Empregado
- [ ] Cópia dos 3 últimos holerites anteriores à data do acidente
- [ ] CAGED do mês de ocorrência do sinistro
  Só quando o capital segurado for na modalidade capital global.

SE APLICÁVEL

Se a pessoa representada é cônjuge do segurado titular

Além dos documentos acima, envie também os documentos abaixo.

- [ ] Certidão de Casamento
  Ou, se companheiro(a) em união estável, no mínimo 3 comprovantes: declaração em cartório, comprovante de residência em comum, dependência em plano de saúde ou odontológico, dependência no imposto de renda, conta bancária conjunta.
- [ ] RG do segurado titular
- [ ] CPF do segurado titular