MetLife

Cobertura: **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Aéreo** | Documentação: **Segurado**

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 aéreo.

Sabemos que passar por um acidente e uma invalidez é um momento difícil. Vamos te ajudar nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Aéreo

Em caso de invalidez permanente, total ou parcial, causada exclusivamente por acidente aéreo 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 a você, segurado titular ou cônjuge, conforme as condições 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, exceto 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 e Boletim de Ocorrência.
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

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

DADOS DO SEGURADO

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

VOCÊ 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 o segurado for você)

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

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

ONDE VOCÊ COMPROU O SEGURO

DADOS DO ACIDENTE

TIPO DE OCORRÊNCIA

Acidente aéreo

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

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

DADOS DO SOLICITANTE

Preencha esta parte só se você não for o segurado — por exemplo, se está enviando em nome do seu cônjuge.

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SEGURADO

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 e 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 DO BENEFICIÁRIO

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

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO TITULAR

NOME DO BENEFICIÁRIO

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 do beneficiário. 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)

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, 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 meus dados pessoais e, quando aplicável, dados pessoais sensíveis, para análise, regulação e pagamento do sinistro, conforme a Política de Privacidade.
- ☐ Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal), 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 quando indicado.

ⓘ 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

- [ ] RG
- [ ] CPF
- [ ] Comprovante de residência
- [ ] 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 — Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, preenchido, 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

Envie apenas se aplicável ao caso.

- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se o acidente foi automobilístico e você era o condutor.
- [ ] 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
- [ ] FGTS Digital no mês da ocorrência do sinistro
  Só quando o capital segurado for na modalidade capital global.

SE APLICÁVEL

Se você é o 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