Cobertura: **Invalidez Permanente Total por Acidente** | Documentação: **Beneficiário**

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 por acidente.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

Invalidez Permanente Total por Acidente

Esta cobertura, desde que contratada, garante a você, segurado titular, o pagamento de uma indenização em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de acidente pessoal coberto, desde que tais lesões não possam ser revertidas ou recuperadas por meio de reabilitação ou de meios terapêuticos disponíveis no momento da constatação, conforme as condições da apólice.

PASSO A PASSO

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Os formulários estão nas **páginas 2 a 4** 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 5**.
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:** A abertura do sinistro deve ser feita pelo Portal do segurado, com o envio de todos os arquivos.

Acesse o Portal do segurado para dar início ao processo de sinistro.

PRAZOS E ACOMPANHAMENTO

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 atualizações sobre o andamento da sua solicitação, como documentos recebidos, documentos pendentes e data de programação de pagamento. Para isso, responda "Sim" à pergunta sobre receber informações por e-mail e/ou SMS, 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 pelo Portal de Sinistros, junto com os demais documentos.

DADOS DO SINISTRADO

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO

◉ TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI/MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

EM QUAL COMPANHIA DE SEGUROS

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA *

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

* Pessoa jurídica que contrata um seguro coletivo e que possui poderes para representar os segurados. Podendo ser: Empresas, Associações, Sindicatos, Bancos, Cartões, Escolas, entre outros.

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva em detalhes como ocorreu o acidente.

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

ASSINATURA

DATA (DD/MM/AAAA)

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização

FORMULÁRIO 2/2 · BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA

Como preencher
Preencha, assine pelo GOV.br e envie pelo Portal com o comprovante de validação da assinatura. Preencha uma autorização para cada beneficiário. Este formulário continua na página seguinte.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº 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

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

PAÍS

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

SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA

PROFISSÃO

PAÍS DE NASCIMENTO

PATRIMÔNIO ESTIMADO (R$) 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
- ○ Não quero informar

DADOS BANCÁRIOS

Selecione a opção desejada.

○ CONTA CORRENTE DE TITULARIDADE DO BENEFICIÁRIO ○ CONTA POUPANÇA DE TITULARIDADE DO BENEFICIÁRIO

BANCO Nº

BANCO NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

○ ORDEM DE PAGAMENTO (ALTERNATIVA PARA QUEM NÃO POSSUI CONTA BANCÁRIA)

O pagamento será disponibilizado em nome do beneficiário em qualquer agência do Banco Itaú mediante identificação. Essa opção não está disponível para beneficiários menores. Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além das indicadas acima.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização (continuação)

FORMULÁRIO 2/2 · BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA

DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PEP)

O BENEFICIÁRIO É AGENTE PÚBLICO QUE DESEMPENHA OU TENHA DESEMPENHADO, NOS 5 (CINCO) ANOS ANTERIORES, NO BRASIL OU EM PAÍSES, TERRITÓRIOS E DEPENDÊNCIAS ESTRANGEIRAS, CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS RELEVANTES, ASSIM COMO SEUS REPRESENTANTES, FAMILIARES E OUTRAS PESSOAS DE SEU RELACIONAMENTO PRÓXIMO?

○ SIM ○ NÃO

EM CASO POSITIVO, ESCLAREÇA

Se Pessoa Politicamente Exposta, fornecer também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.

São consideradas Funções Públicas Relevantes: Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União; membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais dos Estados.

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 / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, autorizo a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

ASSINATURA

DATA (DD/MM/AAAA)

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

Nome do representante legal (se incapaz), RG e CPF:

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL | **RG** | **CPF** (000.000.000-00)

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Relação de documentos básicos e obrigatórios

Todos os documentos abaixo, respeitando suas particularidades, são de envio obrigatório para que se inicie o processo de análise e a contagem do prazo de regulação.

OBRIGATÓRIO

Documentos do segurado sinistrado

- [ ] 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 original MetLife de Autorização para Pagamento de Indenização - Beneficiário Pessoa Física, nominal ao segurado sinistrado, preenchido, assinado pelo GOV.br e com o comprovante de validação, ou com firma reconhecida
  Páginas 3 e 4 deste guia.
- [ ] Cópia do RG do sinistrado
- [ ] Cópia do CPF do sinistrado
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do sinistrado
- [ ] Relatórios, exames médicos originais e radiografias originais que comprovem a invalidez
- [ ] Relatório médico
  Com a data do acidente, o percentual do déficit funcional apresentado por segmento, a data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação.
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência
- [ ] Descrição detalhada do acidente assinada
  Caso não haja BO.
- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e o sinistrado for o condutor.
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.
- [ ] Cópia do Laudo de Perícia Técnica realizada no local do acidente