PicPay + MetLife

Cobertura: **Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença** | Documentação: **Beneficiário**

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 de invalidez laborativa total permanente por doença.

Sabemos que este é um momento delicado. Estamos ao seu lado nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Invalidez permanente por doença da pessoa que contratou o seguro (Seguro Prestamista Invalidez Laborativa Total Permanente por Doença)

[LEAD PENDENTE]

PASSO A PASSO

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha o formulário:** O formulário está na **página 2** 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 3**.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Envie documentos legíveis e nomeie cada arquivo de acordo com o conteúdo. Ex.: Aviso de Sinistro, Relatório Médico e RG
4. **Envie a documentação:** Acesse o Portal de Sinistros e envie os documentos para acompanhar o andamento do sinistro.

Acesse o Portal de Sinistros para acompanhar o andamento do 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 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 1/1

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 DA PESSOA SEGURADA (SINISTRADO)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO

○ TITULAR ○ CÔNJUGE ○ FILHO ○ PAI/MÃE

POSSUI OUTROS SEGUROS?

○ SIM ○ NÃO

SE POSSUI OUTROS SEGUROS, INFORME A COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (TITULAR)

CPF DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (000.000.000-00)

Nº DA APÓLICE (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO)

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

Empresa, associação, sindicato, banco ou outra pessoa jurídica que contratou o seguro coletivo.

INFORMAÇÕES SOBRE A OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Informe a doença que causou a invalidez e os tratamentos realizados.

DADOS DE QUEM ESTÁ SOLICITANDO (SOLICITANTE)

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA SEGURADA

E-MAIL

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ 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 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

Documentos da pessoa segurada

- [ ] Formulário de 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 1.
- [ ] RG da pessoa segurada
- [ ] CPF da pessoa segurada
- [ ] Comprovante de residência em nome da pessoa segurada

OBRIGATÓRIO

Comprovação da invalidez

- [ ] Relatório médico
  Deve informar os diagnósticos das doenças e suas datas, o tratamento realizado, as prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas e a data em que a invalidez foi caracterizada como total e definitiva.
- [ ] Relatórios e exames médicos originais que comprovem a invalidez

SE APLICÁVEL

Benefícios do INSS

Envie apenas se existirem.

- [ ] Carta de Concessão de Auxílio-Doença ou de Aposentadoria, expedida pelo INSS