serasa + MetLife

Cobertura: **Morte Acidental** | 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 por morte acidental da pessoa que contratou o seguro.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

Morte Acidental

Esta cobertura, desde que contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado Titular decorrente de causas acidentais, exceto Riscos Excluídos, e, observadas as Condições Gerais e Disposições Contratuais da Apólice.

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, Certidão de Óbito e RG do Titular.
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 dar início ao processo de sinistro.

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: confirmação dos documentos recebidos, documentos adicionais, quando necessários para o caso, e andamento da análise.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Comunicação do Falecimento por Acidente

FORMULÁRIO 1/3

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 QUE CONTRATOU O SEGURO (TITULAR)

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

A PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO POSSUÍA OUTROS SEGUROS DE VIDA?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

DADOS DO SEGURO

NOME DO ESTIPULANTE (EMPRESA PELA QUAL O SEGURO FOI CONTRATADO)

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

TIPO DE ACIDENTE

○ ACIDENTE DE TRÂNSITO ○ ACIDENTE DE TRABALHO ○ ACIDENTE DOMÉSTICO ○ AFOGAMENTO ○ OUTROS

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

LOCAL DA OCORRÊNCIA

UF (XX)

DESCRIÇÃO

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

DADOS DA PESSOA INDICADA PARA RECEBER O SEGURO (BENEFICIÁRIO)

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

E-MAIL

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO)

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

GOSTARIA DE RECEBER ATUALIZAÇÕES POR E-MAIL?

○ SIM ○ NÃO

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, OU FUNÇÃO RELEVANTE EM ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL?

○ SIM ○ NÃO

Se sim, preencha:

CARGO OU FUNÇÃO EXERCIDA

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

ÓRGÃO OU ENTIDADE

PAÍS

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 2/3 · PESSOA FÍSICA

Informações sobre o pagamento

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

DADOS DO SEGURO E DA PESSOA INDICADA PARA RECEBER O SEGURO (BENEFICIÁRIO)

ESTIPULANTE (EMPRESA PELA QUAL O SEGURO FOI CONTRATADO)

Nº DA APÓLICE (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO SEGURO)

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO (TITULAR)

NOME DA PESSOA INDICADA PARA RECEBER O SEGURO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

Nº DO PASSAPORTE (SE NÃO BRASILEIRO)

PAÍS DE NASCIMENTO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

PAÍS

CEP (00000-000)

CIDADE / UF

E-MAIL

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

INFORMAÇÕES SOBRE BENS E FINANÇAS

PROFISSÃO

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 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 (beneficiário / curador / tutor / representante legal) autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Declaração de Únicos Herdeiros

FORMULÁRIO 3/3

Preencha esta declaração sempre que não houver Beneficiário indicado e a indenização for destinada aos herdeiros.

Preencha os campos direto no arquivo ou imprima e preencha à mão. Siga as instruções de preenchimento digital ou manual na **página 1**.

DADOS DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

NOME COMPLETO DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

DATA DO FALECIMENTO (DD/MM/AAAA)

ESTADO CIVIL

○ Solteiro ○ Casado ○ Divorciado ○ Viúvo ○ Outro

FILHOS

○ Com filhos ○ Sem filhos

COMPANHEIRO(A) EM UNIÃO ESTÁVEL

NOME COMPLETO DO(A) COMPANHEIRO(A)

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

HERDEIRO

QUAL O NÚMERO TOTAL DE HERDEIROS?

DADOS DE UM HERDEIRO

Preencha os dados de um herdeiro da pessoa que contratou o seguro. Caso algum herdeiro tenha falecido, anexe a certidão de óbito.

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

CPF (000.000.000-00)

RG

PARENTESCO

ESTADO CIVIL

ENDEREÇO COMPLETO

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

PAÍS

TELEFONE / CELULAR
(00) 00000-0000

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

ASSINATURA DO HERDEIRO

Assine à mão ou pelo GOV.br

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

Assine à mão ou pelo GOV.br

Se houver outros herdeiros, cada um precisa preencher e assinar o próprio formulário adicional (um por herdeiro). **Clique aqui** para acessá-lo. **É obrigatório o envio de todos os formulários adicionais junto com este formulário principal**, no mesmo envio. Se a assinatura for digital, inclua o comprovante de validação de cada herdeiro. Se for manual, a firma de cada herdeiro deve estar reconhecida.

DECLARAÇÃO

☐ Declaro que as informações e os documentos apresentados são verdadeiros e correspondem aos fatos.

☐ Declaro que o(s) herdeiro(s) assinou(aram) este formulário e que, se houver mais de um, cada herdeiro adicional preencheu o formulário adicional, que será enviado junto com este.

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 de Comunicação do Falecimento
  Página 2 deste guia · Formulário 1 de 3.
- [ ] RG e CPF da pessoa que contratou o seguro
- [ ] Certidão de Óbito da pessoa que contratou o seguro
- [ ] Boletim de Ocorrência (BO)
- [ ] Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML)

OBRIGATÓRIO

Documentos da pessoa indicada para receber o seguro

Obrigatórios para confirmar sua identidade e realizar o pagamento da indenização.

- [ ] RG (ou certidão de nascimento, se menor de idade) e CPF da pessoa indicada para receber o seguro
- [ ] Comprovante de residência
  Emitido há no máximo 3 meses.
- [ ] Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 3.

SE APLICÁVEL

Comprovação das circunstâncias do acidente

Envie apenas se aplicável ao caso.

- [ ] Carteira Nacional de Habilitação da pessoa que contratou o seguro
  Se acidente automobilístico e ela era a condutora.
- [ ] Resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.
- [ ] Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente
  Se realizado.

SE APLICÁVEL

Comprovação de vínculo com a pessoa que contratou o seguro

Envie apenas se aplicável ao seu caso.

- [ ] Certidão de Casamento (se cônjuge)
- [ ] Comprovantes de União Estável (mínimo 3 documentos, se companheiro)
  Exemplos: declaração em cartório, comprovante de residência conjunta, dependência em plano de saúde ou no imposto de renda e conta conjunta.

SE APLICÁVEL (SEGURO COLETIVO)

Documentos do estipulante/empresa

O solicitante deverá procurar o estipulante/empresa para obter os documentos da pessoa que contratou o seguro listados abaixo.

- [ ] Ficha de Registro de Empregado
  No caso de funcionário empregado.
- [ ] 3 últimos holerites imediatamente anteriores à data da ocorrência do sinistro
- [ ] Cópia do FGTS do último mês
- [ ] Termo de indicação de beneficiários ou declaração informando a inexistência de indicação

SOMENTE SE NÃO HOUVER PESSOA INDICADA

Quando não há pessoa indicada para receber o seguro na apólice

Envie apenas se este for o seu caso.

- [ ] Certidão de Casamento da pessoa que contratou o seguro, extraída após o óbito
  Se ela não era solteira.
- [ ] Comprovantes de União Estável, no caso de companheiro(a)
  Exemplos: declaração em cartório, comprovante de residência conjunta, dependência em plano de saúde ou no imposto de renda e conta conjunta.
- [ ] RG e CPF do cônjuge ou companheiro(a)
  Se for o caso.
- [ ] Comprovante de residência do cônjuge ou companheiro(a)
  Se for o caso.
- [ ] RG (ou certidão de nascimento, se menor) de todos os herdeiros
- [ ] CPF de todos os herdeiros
- [ ] Comprovante de residência de cada herdeiro
  Emitido há no máximo 3 meses.
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros assinada pelo herdeiro pelo GOV.br (com comprovante de validação) ou à mão com firma reconhecida
  Se houver outros herdeiros, cada um preenche e assina o próprio formulário adicional. Envie todos junto com o formulário principal.