YAMAHA | BANCO + MetLife

Cobertura: **Morte Acidental Prestamista Titular** | 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 prestamista 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 Prestamista Titular

Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização às pessoas indicadas para receber o seguro, em caso de morte por causas acidentais da pessoa que contratou o seguro, 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:** Reúna todos os documentos solicitados no kit sinistro. Consulte a lista completa na **página 5**.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Digitalize todos os formulários preenchidos e documentos, e nomeie cada arquivo pelo tipo de documento.
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 da documentação básica completa e leva até **30 dias corridos**, conforme a regulamentação da SUSEP. Se necessário, solicitaremos informações ou documentos adicionais.

Acompanhamento

Você pode acompanhar pelo Portal de Sinistros: 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 FALECIDA

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

QUAL O VÍNCULO DA PESSOA FALECIDA COM QUEM CONTRATOU O SEGURO?

○ A PRÓPRIA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO ○ CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) ○ FILHO(A) ○ PAI OU MÃE

A PESSOA FALECIDA POSSUÍA OUTROS SEGUROS DE VIDA?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA

DADOS DO SEGURO

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

CPF (000.000.000-00)

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA (se aplicável)

ONDE O SEGURO FOI CONTRATADO

Estipulante é a pessoa jurídica (ex.: empresa ou instituição financeira) que contrata o seguro em nome do grupo segurado, quando aplicável.

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

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

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM A PESSOA FALECIDA

E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO)

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

COMO PREFERE RECEBER ATUALIZAÇÕES SOBRE A SOLICITAÇÃO?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO DESEJO RECEBER

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 da pessoa indicada para receber o seguro. 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

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA (se aplicável)

Nº DA APÓLICE

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

NOME DA PESSOA INDICADA PARA RECEBER O SEGURO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

Nº DO PASSAPORTE E PAÍS DE EXPEDIÇÃO (se não brasileiro)

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL – NIF (se aplicável)

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE / UF

PAÍS

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

COMO PREFERE RECEBER ATUALIZAÇÕES?
○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ 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

TIPO DE CONTA (de titularidade da pessoa indicada)
○ CORRENTE ○ POUPANÇA

BANCO Nº E NOME

Nº DA AGÊNCIA (COM DÍGITO)

Nº DA CONTA (COM DÍGITO)

Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além da indicada acima.

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

ÓRGÃO OU ENTIDADE / PAÍS

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 (pessoa indicada para receber o seguro / curador / tutor / representante legal) autorizo a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. a creditar o valor da indenização conforme os dados acima.

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (se incapaz)

RG DO REPRESENTANTE LEGAL

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL (000.000.000-00)

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Declaração de Únicos Herdeiros

FORMULÁRIO 3/3

Use este formulário só se não houver pessoa indicada para receber o seguro na apólice.

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(a) ○ Casado(a) ○ Divorciado(a) ○ Viúvo(a) ○ Outro

FILHOS

○ Com filhos ○ Sem filhos

CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) EM UNIÃO ESTÁVEL

NOME COMPLETO DO(A) CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)
(ou "Não deixou 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, exceto quando indicado.

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

OBRIGATÓRIO

Documentos da pessoa que contratou o seguro

- [ ] Formulário de Comunicação do Falecimento por Acidente
  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
- [ ] Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (IML)

OBRIGATÓRIO

Documentos das pessoas indicadas para receber o seguro

Por beneficiário indicado na apólice.

- [ ] RG (ou certidão de nascimento, se menor de idade)
- [ ] CPF
  Obrigatório independentemente da idade.
- [ ] Comprovante de residência
  Emitido há no máximo 3 meses da data da Comunicação do Falecimento por Acidente.
- [ ] 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.

- [ ] Resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.
- [ ] Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente
  Se realizada.
- [ ] Boletim de Ocorrência Policial (B.O.)
  Se houver.
- [ ] CNH (Carteira Nacional de Habilitação)
  Em caso de acidente com veículo dirigido pela pessoa que contratou o seguro.

SE APLICÁVEL

Comprovação de vínculo com a pessoa que contratou o seguro

Envie apenas se aplicável ao seu caso.

- [ ] Certidão de Casamento extraída após o óbito
  Se o beneficiário for cônjuge.
- [ ] Comprovantes de União Estável, no mínimo 3
  Se companheiro(a). Exemplos: declaração de união estável em cartório antes do óbito, comprovante de residência em comum, carta de concessão de pensão por morte do INSS, comprovante de dependência em plano de saúde e/ou odontológico, dependência no Imposto de Renda, ou comprovante de conta bancária conjunta.

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.

- [ ] RG e CPF de todos os herdeiros legais
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros assinada pelo herdeiro pelo GOV.br (com comprovante de validação) ou à mão com firma reconhecida
  Página 4 deste guia · Formulário 3 de 3. Se houver outros herdeiros, cada um preenche e assina o próprio formulário adicional. Envie todos junto com o formulário principal.