YAMAHA | BANCO + MetLife

Cobertura: **Vida + Assistência** | 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 a indenização da cobertura Yamaha Vida + Assistência.

Sabemos que passar por uma rescisão de contrato de trabalho é um momento difícil. Vamos te ajudar nesse processo.

SOBRE ESTA COBERTURA

Vida + Assistência

Esta cobertura, desde que contratada, tem por objetivo garantir a você, Segurado Titular, uma indenização correspondente ao pagamento de parcelas mensais ou pagamento de uma Indenização em caso de Rescisão do seu Contrato de Trabalho por parte do empregador, não motivada por justa causa, exceto Riscos Excluídos, e, observadas a elegibilidade, carência, franquia, bem como as Condições Gerais e Disposições Contratuais da Apólice.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Os formulários estão nas **páginas 2 e 3** deste guia. Preencha-os de forma completa e legível, e assine-os.

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**.
3. **Digitalize os arquivos em PDF ou JPEG:** Nomeie cada arquivo de acordo com o Tipo de Documento, para agilizar a análise.
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

Acompanhe pelo Portal de Sinistros: 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. 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 DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

CPF DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

NÚMERO DA APÓLICE

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA *

*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.

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

Rescisão do Contrato de Trabalho sem Justa Causa

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente como ocorreu a rescisão (até 350 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

ENDEREÇO

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE

UF (XX)

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

DESEJA RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE O ANDAMENTO DO PROCESSO VIA E-MAIL E/OU SMS?

○ 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 DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização

FORMULÁRIO 2/2

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

DADOS DO SEGURO E DE QUEM RECEBE

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº APÓLICE

NOME DA PESSOA QUE CONTRATOU O SEGURO

NOME DO BENEFICIÁRIO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

Nº DO PASSAPORTE (SE NÃO BRASILEIRO)

PAÍS DE EXPEDIÇÃO

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP (00000-000)

CIDADE/UF

PAÍS

TELEFONE (00) 0000-0000

CELULAR (00) 00000-0000

E-MAIL

SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA

PROFISSÃO

PAÍS DE NASCIMENTO

PATRIMÔNIO ESTIMADO 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
- ○ Prefiro não informar

DADOS BANCÁRIOS

TIPO DE CONTA, DE SUA TITULARIDADE

○ 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 DESEMPENHA OU DESEMPENHOU, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE, NO BRASIL OU NO EXTERIOR?

○ SIM ○ NÃO

Em caso positivo, esclareça:

CARGO OU FUNÇÃO EXERCIDA

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

ÓRGÃO OU ENTIDADE

PAÍS

Se Pessoa Politicamente Exposta, envie também cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou 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.

☐ Na condição de (pessoa que contratou o seguro / curador / tutor / representante legal), autorizo a MetLife a creditar o valor da indenização apurado na análise do sinistro conforme os dados acima informados, do que dou a mais ampla, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

ASSINATURA

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

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.

OBRIGATÓRIO

Documentos do segurado sinistrado

- [ ] Atestado médico, especificando os dias de afastamento
- [ ] Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro, preenchido e assinado
  Página 2 deste guia · Formulário 1 de 2.
- [ ] Formulário original MetLife de Autorização para Pagamento de Indenização: Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, nominal a você
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.
- [ ] Cópia do RG
- [ ] Cópia do CPF
- [ ] Cópia do comprovante de residência
- [ ] Relatórios, exames médicos originais e radiografias originais
- [ ] Relatório médico informando data do acidente, percentual do déficit funcional por segmento, data de confirmação da alta médica e da reabilitação
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência
- [ ] Cópia do Laudo de Perícia Técnica realizada no local do acidente

SE APLICÁVEL

Conforme as circunstâncias do caso

- [ ] Descrição detalhada do acidente, assinada
  Caso não haja Boletim de Ocorrência.
- [ ] Cópia da CNH
  Se acidente automobilístico e você era o condutor.
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.