MetLife

Cobertura: **PME Global** | 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 do seguro coletivo PME Global, contratado pela empresa em que a pessoa segurada trabalha ou está vinculada.

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

SOBRE ESTA COBERTURA

PME Global

Este seguro garante o pagamento de uma indenização ao segurado ou às pessoas por ele indicadas, na ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas pela empresa, exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições contratuais.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Os formulários estão nas **páginas 2 e 3** 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 **páginas 4 e 5**. Os documentos variam de acordo com o tipo de evento.
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 Segurado Titular.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo.

ENVIE PARA

doctos_de_sinistros@metlife.com

ASSUNTO DO E-MAIL

Nome do Segurado Titular · CPF do Segurado Titular · Número do Sinistro na MetLife (se houver)

O QUE ACONTECE DEPOIS DO ENVIO?

Prazo de análise

A análise começa após o recebimento de toda a documentação básica obrigatória e leva até **30 dias corridos**, conforme a regulamentação da SUSEP. Se necessário, podemos solicitar documentos complementares.

Acompanhamento

Você pode receber atualizações sobre documentos recebidos, documentos pendentes e data de programação de pagamento por SMS, e-mail, ambos ou nenhum — escolha a opção no formulário de Aviso de Sinistro.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/2

Como preencher

Abra este documento e preencha os campos diretamente no arquivo, de forma digital. Depois, assine-o pelo GOV.br e inclua o **comprovante de validação da assinatura digital**, que é **obrigatório**. Se preferir assinar à mão, imprima o formulário e reconheça firma em cartório. Envie por e-mail, juntamente com os demais documentos.

DADOS DO SINISTRADO

NOME COMPLETO

CPF (000.000.000-00)

TIPO DE SINISTRADO

Titular

A PESSOA SEGURADA POSSUÍA OUTROS SEGUROS DE VIDA?

○ SIM ○ NÃO

SE SIM, INFORME A COMPANHIA DE SEGUROS

DADOS DO SEGURO

NOME DO SEGURADO TITULAR

CPF DO SEGURADO TITULAR (000.000.000-00)

Nº DA APÓLICE

ONDE O CLIENTE COMPROU O SEGURO

NOME DO ESTIPULANTE/EMPRESA

Pessoa jurídica que contrata o seguro coletivo e possui poderes para representar os segurados — podendo ser escolas, entre outras.

DADOS DO SINISTRO

TIPO DE OCORRÊNCIA

DATA DA OCORRÊNCIA (DD/MM/AAAA)

DESCRIÇÃO

Descreva brevemente o ocorrido (até 350 caracteres).

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO

RELAÇÃO COM O SINISTRADO

ENDEREÇO COMPLETO (RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, 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 DE SINISTRO?

○ SMS ○ E-MAIL ○ AMBOS ○ NÃO

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro - Beneficiário Pessoa Física

FORMULÁRIO 2/2

Informações sobre o pagamento

Preencha, assine pelo GOV.br, com o comprovante de validação, ou à mão, com firma reconhecida em cartório. Deve ser preenchida uma Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro para cada beneficiário. A conta bancária deve estar em nome do beneficiário — não são aceitas contas salário, benefício, de Pessoa Jurídica, de Cooperativas ou Financeiras/Financiamento.

DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO

ESTIPULANTE/EMPRESA

Nº DA APÓLICE

NOME DO SEGURADO

NOME DO BENEFICIÁRIO

CPF (000.000.000-00)

DATA DE NASCIMENTO (DD/MM/AAAA)

SE NÃO BRASILEIRO, Nº PASSAPORTE E PAÍS DE EXPEDIÇÃO

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF), SE APLICÁVEL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

PAÍS DE NASCIMENTO

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?

○ 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

TIPO DE CONTA (DE TITULARIDADE DO BENEFICIÁRIO)

○ 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.

DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

O BENEFICIÁRIO É AGENTE PÚBLICO QUE DESEMPENHA OU TENHA DESEMPENHADO, NOS 5 ANOS ANTERIORES, NO BRASIL OU NO EXTERIOR, CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE, OU TEM REPRESENTANTE, FAMILIAR OU PESSOA DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO NESSA CONDIÇÃO?

○ SIM ○ NÃO

Se sim, esclareça e, além disso, apresente cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.

ESCLAREÇA

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

☐ Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal), 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

ASSINATURA DO SOLICITANTE

Assine à mão ou pelo GOV.br

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

RG

CPF (000.000.000-00)

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários

Reúna os documentos abaixo antes do envio. Os documentos variam de acordo com o tipo de evento — envie apenas os da sua situação. Cópias simples são aceitas, salvo indicação contrária.

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

OBRIGATÓRIO

Documentos dos beneficiários

- [ ] Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor)
- [ ] Cópia do CPF
  Obrigatório, independentemente da idade.
- [ ] Comprovante de residência de cada beneficiário
- [ ] Autorização de crédito nominal a cada beneficiário, assinada pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.

SOMENTE SE, ALÉM DA MORTE POR DOENÇA, HOUVER VERBAS RESCISÓRIAS (VA)

Verbas Rescisórias (VA)

Além dos documentos do evento morte, envie também:

- [ ] Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho
- [ ] Cópia do Contrato Social e Alterações Contratuais, comprovante de endereço e autorização de pagamento do estipulante

SOMENTE SE O EVENTO FOR MORTE

Documentos do evento morte

- [ ] Cópia de todos os documentos médicos e exames realizados
- [ ] Relatório médico
  Desde quando o segurado recebeu o primeiro diagnóstico registrado na Declaração/Certidão de Óbito, evolução clínica e data de início do tratamento.
- [ ] Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro, assinado pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
- [ ] Cópia do RG do segurado titular
- [ ] Cópia do CPF do segurado titular
- [ ] Cópia da Certidão de Óbito do segurado titular

SOMENTE SE O EVENTO FOR MORTE ACIDENTAL

Documentos do evento morte acidental

- [ ] Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro, assinado pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
- [ ] Cópia do RG do segurado titular
- [ ] Cópia do CPF do segurado titular
- [ ] Cópia da Certidão de Óbito do segurado titular
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência
- [ ] Cópia do Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal
- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e o segurado era o condutor.
- [ ] Cópia do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico
  Se realizado.
- [ ] Cópia do Laudo da Perícia Técnica do Local do Acidente
  Se realizada.

SOMENTE SE O EVENTO FOR INVALIDEZ POR DOENÇA FUNCIONAL

Invalidez Permanente Total por Doença Funcional

- [ ] Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro, assinado pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
- [ ] Formulário original MetLife de Autorização, nominal ao segurado titular, assinado pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
- [ ] Cópia do RG do titular
- [ ] Cópia do CPF do titular
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do titular
- [ ] Relatório médico
  Diagnóstico(s), datas, tratamento realizado, prescrições futuras, esgotamento das possibilidades terapêuticas e data da caracterização da invalidez total e definitiva.
- [ ] Relatórios e exames originais médicos que comprovem a invalidez

ETAPA 2: REUNIÃO DA DOCUMENTAÇÃO

Documentos necessários (continuação)

SOMENTE SE O EVENTO FOR INVALIDEZ POR ACIDENTE

Invalidez Permanente Total/Parcial por Acidente

- [ ] Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro, assinado pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
- [ ] Cópia do RG do sinistrado
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do sinistrado
- [ ] Relatório médico
  Data do acidente, percentual do déficit funcional por segmento, data de confirmação da alta médica e da reabilitação.
- [ ] Cópia da Carteira Nacional de Habilitação
  Se acidente automobilístico e o sinistrado era o condutor.
- [ ] Formulário original MetLife de Autorização, nominal ao segurado sinistrado, assinado pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
- [ ] Cópia do CPF do sinistrado
- [ ] Relatórios, exames médicos originais e radiografias originais que comprovem a invalidez
- [ ] Cópia do Boletim de Ocorrência, ou descrição detalhada do acidente assinada, caso não haja Boletim de Ocorrência

SE APLICÁVEL

Se o beneficiário for cônjuge ou companheiro(a)

- [ ] Cópia da Certidão de Casamento atualizada
  Se o beneficiário for o cônjuge.
- [ ] Cópia da Certidão de Casamento do Segurado, extraída após o óbito
  Se ele não era solteiro.
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome do cônjuge ou companheiro(a)
- [ ] Provas de União Estável
  Se o beneficiário for o(a) companheiro(a).
- [ ] Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro(a)

SE APLICÁVEL (SEGURO COLETIVO)

Documentos do estipulante/empresa

Em caso de seguro coletivo, procure o estipulante/empresa para obter os documentos abaixo.

- [ ] Relação dos afastados iniciados após o início de vigência da apólice e que se mantenham nessa condição até o mês do sinistro, informando início e fim de cada período
- [ ] Cópia da Ficha de Registro de Empregado atualizada, ou Contrato Social e alterações, se sócio
- [ ] Cópia do Contrato Social e alterações vigentes no mês do sinistro
  Quando o grupo for dividido pela quantidade total de vidas, incluindo sócios, funcionários e estagiários.
- [ ] Declaração da empresa informando quantos e quais são os estagiários no mês do sinistro
- [ ] Cópia da SEFIP ou FGTS Digital Detalhe da Guia Emitida da competência do mês de ocorrência do sinistro

SOMENTE SE NÃO HOUVER BENEFICIÁRIO INDICADO

Quando não houver beneficiário indicado na apólice

Neste caso, a análise segue para os herdeiros. Envie:

- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros do Segurado
  Formulário padrão MetLife.
- [ ] Cópia do CPF de todos os herdeiros do Segurado
  Obrigatório, independentemente da idade.
- [ ] Autorização de crédito em nome de cada um dos herdeiros
  Formulário padrão MetLife.
- [ ] Cópia do RG (ou Certidão de Nascimento, se menor) de todos os herdeiros do Segurado
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do Segurado