MetLife

Cobertura: **PME Global** | Documentação: **Procurador/Tutor**

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 em nome do beneficiário que você representa.

Você está representando outra pessoa neste processo. Separe os documentos de quem você representa dos seus documentos como procurador/tutor.

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. Você conduz a solicitação; a MetLife analisa o pedido e a representação conforme as condições da apólice.

COMO DAR INÍCIO AO PROCESSO

1. **Preencha os formulários:** Preencha os campos direto no arquivo, em nome da pessoa representada, e assine como procurador/tutor. Os formulários estão nas **páginas 2 e 3** deste guia.

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. Cópias simples são aceitas, exceto da procuração.
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, RG e Procuração.
4. **Envie a documentação:** Envie todos os arquivos para o e-mail abaixo, em nome da pessoa representada. No corpo do e-mail, identifique quem você representa e o seu nome como procurador/tutor.

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

A pessoa representada pode receber atualizações sobre documentos recebidos, documentos pendentes e data de programação de pagamento por SMS, e-mail, ambos ou nenhum. Informe os dados de contato dela no Aviso de Sinistro. O envio da procuração não garante a aceitação da representação.

ETAPA 1: PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIOS

Aviso de Sinistro

FORMULÁRIO 1/2

Como preencher
Preencha os campos direto no arquivo, em nome da pessoa representada. Depois, assine pelo GOV.br como procurador/tutor ou à mão, com firma reconhecida em cartório.

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 (SEUS DADOS COMO PROCURADOR/TUTOR)

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 em nome do beneficiário representado, assine pelo GOV.br como procurador/tutor, 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 (representante legal / procurador / tutor), 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 em nome do beneficiário representado.

ASSINATURA

DATA

ASSINATURA DO SOLICITANTE (COMO PROCURADOR/TUTOR)

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. Identifique você e a pessoa representada em arquivos separados. Os documentos do segurado variam de acordo com o tipo de evento — envie apenas os da situação em questão.

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

OBRIGATÓRIO

Documentos do procurador

- [ ] RG e CPF do procurador
- [ ] Procuração original ou cópia autenticada, com poderes específicos para representação em processo de sinistro e assinatura eletrônica com validade jurídica ou firma reconhecida em cartório

OBRIGATÓRIO

Documentos da pessoa representada (beneficiário)

- [ ] 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, preenchida por você em nome da pessoa representada, assinada pelo GOV.br (com comprovante) ou com firma reconhecida
  Página 3 deste guia · Formulário 2 de 2.

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, preenchido por você em nome da pessoa representada, 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, preenchido por você em nome da pessoa representada, 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, preenchido por você em nome da pessoa representada, 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, 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 INVALIDEZ POR ACIDENTE

Invalidez Permanente Total/Parcial por Acidente

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

SE APLICÁVEL

Se o beneficiário for cônjuge ou companheiro(a)

- [ ] Cópia da Certidão de Casamento atualizada
  Se o beneficiário for o cônjuge.
- [ ] Provas de União Estável
  Se o beneficiário for o(a) companheiro(a).
- [ ] Cópia da Certidão de Casamento do Segurado, extraída após o óbito
  Se ele não era solteiro.
- [ ] Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro(a)
- [ ] Cópia do comprovante de residência em nome 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
- [ ] Declaração da empresa informando quantos e quais são os estagiários no mês do sinistro
- [ ] Cópia da Ficha de Registro de Empregado atualizada, ou Contrato Social e alterações, se sócio
- [ ] Cópia da SEFIP ou FGTS Digital Detalhe da Guia Emitida da competência do mês de ocorrência do sinistro
- [ ] 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.

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