

Kit sinistro

Morte Acidental Titular



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.

Prezado(a):

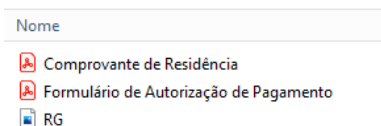
Para melhor atendê-lo, este material contém os formulários e documentos necessários para solicitar a abertura de processo de sinistro, assim como as orientações que se encontram nas páginas 1 e 2 e o formulário da página 3 que deve ser enviado junto com a relação de documentos da página 4.

Procedimento para preenchimento do kit sinistro e envio dos documentos:

Passo 1: Preencha os formulários solicitados neste arquivo de forma completa e digital;

Passo 2: Reúna todos os documentos solicitados no kit sinistro;

Passo 3: Digitalize todos os formulários preenchidos e documentos nos formatos PDF ou JPEG. Para agilizar a análise do sinistro, nomeie cada arquivo com o Tipo de Documento, conforme exemplo:



Passo 4: Caso seja um corretor de seguros, solicitamos que encaminhe os documentos **exclusivamente** pelo Portal do Corretor MetLife, no **menu Sinistro**. Caso não seja, envie por e-mail para **doctos_de_sinistros@metlife.com**. **O assunto do e-mail deverá ser o Nome | CPF do Segurado | Número do sinistro na MetLife, caso tenha.**

Entenda os prazos de análise e finalização do processo de sinistro:

O prazo para **análise do processo de sinistro é de até 30 dias** corridos de acordo com a regulamentação SUSEP (órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro no Brasil) a partir do recebimento de toda documentação básica completa (contida na Relação de Documentos Básicos Obrigatórios, neste Kit). Ou seja, a seguradora iniciará a regulação do processo e a contagem do prazo somente após o recebimento destes documentos.

Caso necessário, nos reservamos ao direito de solicitar documentos complementares necessários ao processo. Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.

Acompanhe seu sinistro:

Para receber informações sobre o andamento de sua solicitação de sinistro, como: documentos recebidos, documentos pendentes, data de programação de pagamento, entre outros, responda “SIM” a pergunta “Deseja receber informações sobre o andamento do processo de sinistro via e-mail e/ou sms?”, que se encontra na página 3 deste documento.

Corretor, caso você seja o solicitante deste sinistro, informe os dados de contato do(s) Beneficiário(s) da apólice, para que o mesmo tenha acesso ao andamento do processo.

Dúvidas sobre o preenchimento dos formulários acesse: <https://www.metlife.com.br/sinistro/preechimento> e/ou sobre como obter os documentos solicitados acesse: <https://www.metlife.com.br/sinistro/documentos>

Para solicitar um sinistro de outra cobertura, acesse o site <https://www.metlife.com.br/sinistro> e retire o kit sinistro correspondente.

Caso necessário, entre em contato com a nossa Central de Atendimento através do chat: <https://www.metlife.com.br/atendimento> ou através dos telefones abaixo: Central de Atendimento 3003-5433 (capitais e grandes centros) e 0800 638 5433 (demais localidades)

Glossário

Beneficiário: pessoas jurídicas, credores de um valor, objeto de uma dívida contraída pelo segurado, e com direito a receber o valor da indenização, caso ocorra um sinistro coberto.

Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a garantia contratada, em caso da ocorrência de evento coberto. Nenhuma indenização será superior ao capital segurado.

Estipulante/Empresa: pessoa jurídica que contrata um seguro coletivo, e que possui poderes para representar os segurados, conforme legislação em vigor. Podendo ser: Empresas, Associações, Sindicatos, Bancos, Financeiras, Cartões, Escolas, entre outros.

Segurado: pessoa física que contratou o seguro e com a qual ocorreu o sinistro.

Sinistro: é a ocorrência de um evento (exemplo: morte, invalidez, etc.) previsto nas garantias do seguro contratado e que, após análise da Seguradora, poderá resultar no pagamento de uma indenização ao beneficiário, que é o credor do Financiamento, objeto do seguro.

Solicitante: pessoa que preenche os formulários, reúne e envia os documentos solicitados para abertura do processo de sinistro. Será o nosso ponto focal para contato, se necessário. O solicitante não obrigatoriamente é um beneficiário, podendo ser um representante legal (procurador, tutor, corretor, etc.).

Aviso de sinistro



Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

Dados do sinistrado

| | | |
|-------------------------------------|------------------------------|-----|
| Nome | | CPF |
| Possui outros seguros Sim Não | Em qual companhia de seguros | |

Dados do seguro

Nome da Empresa com a qual foi feito o Financiamento

Dados do sinistro

| | |
|--------------------|---------------------------|
| Tipo de ocorrência | Data da ocorrência / / |
| Descrição | |

Dados do solicitante

| | | |
|--|---------------------------|--------|
| Nome | | |
| Relação com o sinistrado | | |
| Endereço | | Bairro |
| CEP | Cidade | UF |
| Telefone | Celular | E-mail |
| Deseja receber informações sobre o andamento do processo de sinistro via e-mail e/ou sms? SMS E-mail Ambos Não | | |
| Data / / | Assinatura do solicitante | |

Relação de documentos básicos e obrigatórios

Todos os documentos listados abaixo, respeitando suas respectivas particularidades, são de envio obrigatório para que se inicie o processo de análise e contagem do prazo de regulação. Ao digitalizar os documentos, não se esqueça de nomeá-los conforme sugerido na página 1 desse kit de sinistro.

Documentos do segurado titular

- Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro;
- 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 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.

Documentos do estipulante/empresa

Em caso de seguro coletivo, o solicitante deverá procurar o estipulante/empresa para obter os documentos do Segurado Titular listados abaixo.

- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, no caso de funcionário empregado;
- Cópia dos 3 últimos holerites imediatamente anteriores à data da ocorrência do sinistro, no caso de funcionário empregado;
- Cópia do CAGED (Cadastro Geral de Empregados e Desempregados) do mês de ocorrência do sinistro, quando o capital segurado for modalidade capital global (valor total máximo de capital a ser dividido pela quantidade total de vidas seguradas).
- Termo de indicação de beneficiários ou uma declaração informando a inexistência de indicação;

Documentos dos beneficiários indicados pelo segurado

- Cópia do RG (ou certidão de nascimento, se menor de idade);
- Cópia do CPF (obrigatório independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos beneficiários (não superior a 3 meses da data de preenchimento do formulário de Aviso de Sinistro);
- Cópia da Certidão de Casamento extraída após o óbito (se o beneficiário for cônjuge);
- Cópia de no mínimo **3 (três)** provas de União Estável, no caso de companheiro (a). Exemplo de provas válidas: declaração de união estável feita pelo segurado 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 / comprovante de conta bancária conjunta;
- Formulário original MetLife de Autorização para Pagamento de Indenização - Beneficiário Pessoa Física ou Jurídica, em nome de cada um dos beneficiários.

Documentos dos beneficiários, caso não haja indicação feita pelo segurado ou não tenha conhecimento da existência de indicação

- Cópia da certidão de casamento extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Cópia de prova de união estável, no caso de companheiro(a). Exemplo: declaração de união estável feita pelo segurado 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 / comprovante de conta bancária conjunta;
- Cópia do RG e CPF do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- Cópia do comprovante de residência em nome do cônjuge ou companheiro (se for o caso);
- 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 independente da idade);
- Cópia do comprovante de residência em nome de cada um dos herdeiros do segurado;
- Formulário original MetLife de Declaração de Únicos Herdeiros do segurado.

1. Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.
2. A análise do sinistro não é restritiva à documentação básica e obrigatória apresentada. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos e informações que se façam necessários durante o processo de análise, para sua completa elucidação, conforme previsto na Regulamentação da Susep e Condições Gerais do produto contratado.
3. Dúvidas sobre o preenchimento dos formulários acesse: <https://www.metlife.com.br/sinistro/preechimento> e/ou sobre como obter os documentos solicitados acesse: <https://www.metlife.com.br/sinistro/documentos>.

metlife.com.br

Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 5433 (capitais e grandes centros) e 0800 638 5433 (demais localidades) | SAC - Serviço de Apoio ao Cliente para reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios: 0800 746 3420 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Ouvidoria: 0800 202 1264 (segunda a sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil) | Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. CNPJ N° 02.102.198/0001-29 | Av. Eng° Luis Carlos Berrini, 1253 | 04571-010 | São Paulo - SP | Brasil | metlife.com.br

Autorização para pagamento de indenização de sinistro - beneficiário pessoa física



Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

Dados do seguro e do beneficiário

| | | | |
|---|---|------------|------|
| Estipulante/Empresa | | Nº apólice | |
| Nome do segurado | | | |
| Nome do beneficiário | | CPF | |
| Data de nascimento / / | Se não brasileiro, informar nº passaporte | | |
| Endereço residencial | | Bairro | |
| CEP | Cidade/UF | | País |
| Telefone | Celular | E-mail | |
| Deseja receber informações sobre o andamento do processo de sinistro via e-mail e/ou sms? | | | |
| SMS E-mail Ambos Não | | | |

Situação patrimonial e financeira

| | | | |
|--|---|--------------------|--|
| Profissão | | País de nascimento | |
| Patrimônio estimado R\$ até R\$ 2.000,00 e R\$ 2.000,01 a R\$ 5.000,00 | ou faixa de renda mensal individual: 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. Selecione a opção desejada

| | | | |
|--|------------|--|--------------------------|
| conta corrente de titularidade do beneficiário | | conta poupança de titularidade do beneficiário | |
| Banco nº | Banco 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 exposta politicamente

O beneficiário é agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes(*), assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo? Sim Não. Em caso positivo esclareça:

Se Pessoa Exposta Politicamente fornecer, também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.

(* São consideradas Funções Públicas Relevantes: Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União; membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Observações importantes

- » A solicitação deste formulário, pela MetLife, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenizar, condicionada esta à análise e cobertura securitária.
- » O pagamento da indenização será feito somente em conta de titularidade do beneficiário e nunca de terceiros, ainda que representante legal, curador ou tutor.
- » Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante.
- » O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente por meio de crédito em conta poupança informada pelo representante legal, curador ou tutor.
- » Deve ser preenchida uma Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro para cada beneficiário.
- » Os dados cadastrais são obrigatoriamente requeridos pelo órgão regulador, SUSEP - Superintendência de Seguros Privados. É obrigatória a apresentação das cópias do RG e CPF e do comprovante de residência não superior há 3 meses da data preenchimento deste formulário (solicitadas na relação de documentos básicos e obrigatórios). Se Pessoa Politicamente Exposta deve fornecer, também, cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do número telefone.
- » Não será feito pagamento por crédito em contas salário, contas benefício, contas de Pessoa Jurídica, contas de Cooperativas ou Financeiras/Financiamento.
- » Consulte a Política de Privacidade da Informação no site www.metlife.com.br ou solicite pela Central de Atendimento ao Cliente.

Na condição de _____ (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, 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.

| | | |
|--|---------------------------|-----|
| Data / / | Assinatura do solicitante | |
| Nome do representante legal (se incapaz) | RG | CPF |

metlife.com.br

Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 5433 (capitais e grandes centros) e 0800 638 5433 (demais localidades) | SAC - Serviço de Apoio ao Cliente para reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios: 0800 746 3420 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Ouvidoria: 0800 202 1264 (segunda a sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil) | Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. CNPJ N° 02.102.198/0001-29 | Av. Eng° Luis Carlos Berrini, 1253 | 04571-010 | São Paulo - SP | Brasil | metlife.com.br

Autorização para pagamento de indenização de sinistro - beneficiário pessoa jurídica



Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

Dados do seguro e do beneficiário

| | | | |
|---|-----------|------------|------|
| Estipulante/Empresa | | Nº apólice | |
| Nome do segurado | | | |
| Nome do beneficiário | | CNPJ | |
| Número de identificação fiscal (NIF) | | | |
| Endereço | | Bairro | |
| CEP | Cidade/UF | | País |
| Telefone | Celular | E-mail | |
| Deseja receber informações sobre o andamento do processo de sinistro via e-mail e/ou sms? | | | |
| SMS E-mail Ambos Não | | | |

Situação patrimonial e financeira

| | |
|---|---|
| Patrimônio líquido R\$ | Faturamento mensal R\$ |
| até R\$ 100.000,00 | até R\$ 100.000,00 |
| de R\$ 100.001,00 a R\$ 500.000,00 | de R\$ 100.001,00 a R\$ 500.000,00 |
| de R\$ 500.001,00 a R\$ 1.000.000,00 | de R\$ 500.001,00 a R\$ 1.000.000,00 |
| de de R\$ 1.000.001,00 a R\$ 3.000.000,00 | de de R\$ 1.000.001,00 a R\$ 3.000.000,00 |
| acima de R\$ 3.000.000,00 | acima de R\$ 3.000.000,00 |
| não quero informar | não quero informar |

Dados bancários. Selecione a opção desejada

| | | | |
|--|------------|--|--------------------------|
| conta corrente de titularidade do beneficiário | | conta poupança de titularidade do beneficiário | |
| Banco nº | Banco 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 exposta politicamente

O beneficiário é agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes(*), assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo? Sim Não. Em caso positivo esclareça:

Se Pessoa Exposta Politicamente fornecer, também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.

(* São consideradas Funções Públicas Relevantes: Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União; membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Observações importantes

- » A solicitação deste formulário, pela MetLife, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenizar, condicionada esta à análise e cobertura securitária.
- » O pagamento da indenização será feito somente em conta de titularidade do beneficiário e nunca de terceiros, ainda que representante legal, curador ou tutor.
- » Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante.
- » O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente por meio de crédito em conta poupança informada pelo representante legal, curador ou tutor.
- » Deve ser preenchida uma Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro para cada beneficiário.
- » Os dados cadastrais são obrigatoriamente requeridos pelo órgão regulador, SUSEP - Superintendência de Seguros Privados. É obrigatória a apresentação das cópias do RG e CPF e do comprovante de residência não superior há 3 meses da data preenchimento deste formulário (solicitadas na relação de documentos básicos e obrigatórios). Se Pessoa Politicamente Exposta deve fornecer, também, cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do número telefone.
- » Não será feito pagamento por crédito em contas salário, contas benefício, contas de Pessoa Jurídica, contas de Cooperativas ou Financeiras/Financiamento.
- » Consulte a Política de Privacidade da Informação no site www.metlife.com.br ou solicite pela Central de Atendimento ao Cliente.

Na condição de _____ (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, 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.

| | | |
|--|---------------------------|-----|
| Data / / | Assinatura do solicitante | |
| Nome do representante legal (se incapaz) | RG | CPF |

metlife.com.br

Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 5433 (capitais e grandes centros) e 0800 638 5433 (demais localidades) | SAC - Serviço de Apoio ao Cliente para reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios: 0800 746 3420 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Ouvidoria: 0800 202 1264 (segunda a sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil) | Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. CNPJ N° 02.102.198/0001-29 | Av. Eng° Luis Carlos Berrini, 1253 | 04571-010 | São Paulo - SP | Brasil | metlife.com.br

Declaração de únicos herdeiros



Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

Nome do(a) Segurado(a):

Declaro(amos) para todos os fins e efeitos, especialmente à Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S/A., que o segurado acima faleceu em / / , no estado civil (indicar se solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado, viúvo, etc.), filhos (indicar se “com” ou “sem” filhos).

Declaro(amos), que o(a) segurado(a) acima, por ocasião de seu falecimento, deixou companheira(o) com comprovação de união estável na forma da legislação aplicável, que é a(o) Sra.(Sr.)

(mencionar o nome completo da(o) companheira(o), com quem conviveu durante o período de à .

***Caso o(a) segurado(a) não tenha deixado companheira(o) escrever no espaço do nome: “Não deixou companheira(o).”**

Declaro(amos), ainda que, deixou como **únicos herdeiros**, os abaixo relacionados:

Por ser expressão da verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, assume(m) a responsabilidade pelas informações prestadas com o encargo de responderem perante aos outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto a Metropolitan Life Seguros de Vida e Previdência.

Instruções

1. Relacionar abaixo os dados de cada herdeiro do segurado (descendentes ou ascendentes ou cônjuge).
2. Se houver descendentes e/ou ascendentes falecidos, enviar certidão de óbito;
3. Toda(s) a(s) firma(s) deverá(ão) ser reconhecida(s) em cartório;
4. Anule os quadros não preenchidos;
5. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os herdeiros, utilizar outro impresso, numerando as folhas.

| | | | |
|------------------------|-----------|--|---------------------------|
| Nome | | | Data de nascimento / / |
| CPF | RG | Parentesco | Estado civil |
| Endereço completo | | | Bairro |
| CEP | Cidade/UF | | País |
| Telefone | Celular | | |
| Assinatura do herdeiro | | Assinatura do representante legal, quando for o caso | |

| | | | |
|------------------------|-----------|--|---------------------------|
| Nome | | | Data de nascimento / / |
| CPF | RG | Parentesco | Estado civil |
| Endereço completo | | | Bairro |
| CEP | Cidade/UF | | País |
| Telefone | Celular | | |
| Assinatura do herdeiro | | Assinatura do representante legal, quando for o caso | |

| | | | |
|------------------------|-----------|--|---------------------------|
| Nome | | | Data de nascimento / / |
| CPF | RG | Parentesco | Estado civil |
| Endereço completo | | | Bairro |
| CEP | Cidade/UF | | País |
| Telefone | Celular | | |
| Assinatura do herdeiro | | Assinatura do representante legal, quando for o caso | |

| | | | |
|------------------------|-----------|--|---------------------------|
| Nome | | | Data de nascimento / / |
| CPF | RG | Parentesco | Estado civil |
| Endereço completo | | | Bairro |
| CEP | Cidade/UF | | País |
| Telefone | Celular | | |
| Assinatura do herdeiro | | Assinatura do representante legal, quando for o caso | |

| | | | |
|-------------------------|--|-------------------------|--|
| Assinatura testemunha 1 | | Assinatura testemunha 2 | |
| Nome | | Nome | |
| CPF | | CPF | |
| RG | | RG | |

metlife.com.br

Central de Atendimento (Vida e Previdência) 3003 5433 (capitais e grandes centros) e 0800 638 5433 (demais localidades) | SAC - Serviço de Apoio ao Cliente para reclamações, cancelamentos, sugestões e elogios: 0800 746 3420 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Atendimento ao Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 723 0658 (24 horas por dia, 7 dias por semana, em todo o Brasil) | Ouvidoria: 0800 202 1264 (segunda a sexta das 9h às 18h, em todo o Brasil) | Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. CNPJ N° 02.102.198/0001-29 | Av. Eng° Luis Carlos Berrini, 1253 | 04571-010 | São Paulo - SP | Brasil | metlife.com.br