

# Kit sinistro

## Morte Acidental Titular

### Produto: Ingresso Protegido



Esta cobertura, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do reembolso no valor do ingresso adquirido.

Prezado(a):

Para melhor atendê-lo, este material contém os formulários e documentos necessários para solicitar a abertura do processo.




---

#### Procedimento para preenchimento do kit sinistro e envio dos documentos:

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

**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:

Nome
 Comprovante de Residência
 Formulário de Autorização de Pagamento
 RG

**Passo 4:** Envie por e-mail para [sinistros.metlifebrasil@klimber.com](mailto:sinistros.metlifebrasil@klimber.com). O assunto do e-mail deverá ser o **Nome | CPF do Segurado**

---

#### Acompanhe sua solicitação:

Para receber informações sobre o andamento de sua solicitação, como: documentos recebidos, documentos pendentes, entre outros, responda "SIM" à pergunta "**Deseja receber informações sobre o andamento do processo via e-mail e/ou sms?**", presente nos formulários deste arquivo.

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).

# Aviso de sinistro



Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

## Dados do sinistrado

Nome		CPF
Tipo de sinistrado:	Titular	Cônjuge Filho Pai/Mãe
Possui outros seguros	Em qual companhia de seguros	
Sim Não		

## Dados do seguro

Nome do segurado titular	CPF do segurado titular
Número da apólice	
Nome do Estipulante	
Onde o cliente comprou o seguro	

## Dados do evento

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 análise. Ao digitalizar os documentos, não se esqueça de nomeá-los conforme sugerido na página 1 desse kit de sinistro.

### Documentos básicos

- Formulário original MetLife do Aviso de Sinistro;
- Cópia dos documentos pessoais RG/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 ingresso;
- Cópia do comprovante de pagamento do ingresso;
- Cópia dos documentos pessoais RG/CPF do comprador do ingresso.

\*Sendo o sinistrado o comprador do ingresso, necessários os seguintes documentos para o pagamento da indenização na forma da lei;

- Formulário de Declaração de herdeiros, devidamente preenchido, constando se o segurado deixou companheira; caso positivo, informar período de convivência; informar ainda todos os filhos que deixou, independente da idade e casamento/relacionamento, com assinatura de duas testemunhas.
- Cópia da certidão de casamento extraída após o óbito (se não for solteiro);
- Cópia de prova de união estável, no caso de companheiro;  
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 de Autorização para Pagamento de Indenização, em nome de cada um dos beneficiários.

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>.

# Autorização para pagamento de indenização de sinistro - beneficiário pessoa física



Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

## Dados do seguro e do beneficiário

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 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)

ordem de pagamento (alternativa para quem não possui conta bancária)

O pagamento será disponibilizado em nome do beneficiário em qualquer agência do Banco Itaú mediante identificação. Essa opção não está disponível para beneficiários menores.

**Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além das indicadas acima.**

## Declaração de pessoa politicamente exposta

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 Politicamente Exposta 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

- » Em caso de morte do segurado, o pagamento deve ser feito para os beneficiários indicados, em caso de indenização para qualquer outra cobertura, o pagamento deve ser realizado mediante a reembolso do valor da compra no mesmo meio utilizado para a compra do ingresso.
- » 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.
- » Os dados pessoais fornecidos por você através desse formulário serão tratados de acordo com o nosso [Aviso de Privacidade](#). Tais dados poderão ser compartilhados com empresas do grupo MetLife e terceiros, dentro e fora do Brasil, para processamento de sua solicitação.

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 746 3420 (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 746 3420 (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