

## 1. DADOS DO SEGURADO

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)			CNPJ
NOME DO SEGURADO TITULAR			CPF
ENDEREÇO			DATA DE NASCIMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
PROFISSÃO	FAIXA DE RENDA MENSAL		
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,00 A R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		

DADOS PARA CONTATO	
TELEFONE (com DDD):	WHATSAPP/SMS (com DDD):
E-MAIL:	

## 2. DADOS BANCÁRIOS DE TITULARIDADE DO SEGURADO

Autorizo a Too Seguros S.A. a efetuar a indenização, quando devida, utilizando os seguintes dados bancários:

NOME DO BANCO		TIPO DE CONTA	
		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	
Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA	DÍGITO
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*			
Em caso de relacionamento próximo com pessoa exposta politicamente, informar os dados do PEP:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO	
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO. INFORMAR NOME DA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA	CPF	GRAU DE RELACIONAMENTO	
		<input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS:	

\*Pessoas Expostas Politicamente (PEP) – São pessoas que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou exterior, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, bem como os seus familiares, representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

AUTORIZO A SEGURADORA A ENTRAR EM CONTATO PELOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO (E-MAIL/SMS/WHATSAPP/CARTA FÍSICA/TELEFONE), INDICADOS ACIMA, PARA INFORMAÇÕES REFERENTE AO ANDAMENTO DA ANÁLISE OU PARA SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ESTOU CIENTE DE QUE O PRESENTE DOCUMENTO NÃO IMPLICA NO PRÉVIO RECONHECIMENTO POR PARTE DA SEGURADORA QUANTO AO DIREITO EM RECEBER QUALQUER INDENIZAÇÃO, A QUAL FICA CONDICIONADA À ANÁLISE DA COBERTURA E CONDIÇÕES DO SEGURO CONTRATADO. AO ASSINAR O PRESENTE TERMO, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE CASO SEJA CONSTATADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, QUE CONTRARIEM O DISPOSTO NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO, BEM COMO NA LEGISLAÇÃO CIVIL, PERDEREI O DIREITO À INDENIZAÇÃO DO SEGURO. COM A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO E O CONSEQUENTE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM O CONTRATO DE SEGURO, OUTORGO À TOO SEGUROS S/A, LIVRE DE QUALQUER COAÇÃO OU PRESSÃO, A MAIS AMPLA, PLENA, GERAL, IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR, SEJA A QUE TÍTULO FOR, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL

### 3. DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO, PREENCHIDO E ENTREGUE À SEGURADORA:

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO CPF OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DATA DO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, DATA DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE E DATA DA ALTA MÉDICA
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCO DO SEGURADO (NO MÊS DO EVENTO) – QUANDO SEGURO CONTRATADO POR EMPRESA
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO FILHO SEGURADO;
- RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE INDICANDO A PATOLOGIA E DATA EM QUE ESTA FOI OFICIALMENTE DIAGNOSTICADA E DETALHANDO O QUADRO CLÍNICO;
- DOCUMENTOS MÉDICOS QUE TENHAM EMBASADO O DIAGNÓSTICO INICIAL (COMPROBATÓRIOS DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA), INCLUINDO LAUDOS E RESULTADOS DE EXAMES.

#### NOTA

- a) A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO;
- b) CASO HAJA NECESSIDADE, DOCUMENTOS ADICIONAIS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA;
- c) INFORMAMOS QUE O PRAZO DE ANÁLISE SÃO DE 30 DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES ACIMA CITADAS.

	Central de Atendimento	SAC	Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala	Ouvidoria
<p><b>Canais de Relacionamento</b></p>	<p>Para consultas e informações sobre apólices e sinistros:</p> <p><b>0800 775 9191</b></p> <p>2ª a 6ª feira, das 8h às 20h (exceto feriados)</p>	<p>Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações gerais sobre produtos ou serviços:</p> <p><b>0800 776 2252</b></p> <p>Diariamente, 24h</p>	<p><b>0800 776 2253</b></p> <p>Diariamente, 24h</p>	<p>Caso não esteja satisfeito com a solução:</p> <p><b>0800 776 2254</b></p> <p>2ª a 6ª feira, das 9h às 18h.</p>