

## 1. DADOS DO SEGURADO

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)			CNPJ
NOME DO SEGURADO			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		
TIPO DE EVENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACIDENTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR DOENÇA			
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. RELATÓRIO MÉDICO EM CASO DE DOENÇA:

DESCREVA O QUADRO CLÍNICO E PROGNÓSTICO ATUAIS, ESPECIFICANDO EVOLUÇÃO CLÍNICA E TRATAMENTOS ATUAIS PROGRAMADOS		
O QUADRO CLÍNICO ACIMA DESCRITO SE CONFIGURA COMO UMA DOENÇA ATIVA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
EM CASO DE NÃO EXISTIR DOENÇA ATIVA, QUALIFICAR O QUADRO CLÍNICO, DESCREVENDO A SINTOMATOLOGIA, LIMITAÇÕES, SE HOUVE PERDA DA VIDA INDEPENDENTE (DESCREVENDO SE HÁ DEPENDÊNCIA PARA HIGIENE DIÁRIA, ALIMENTAÇÃO E VESTUÁRIO) E SE HÁ INDICAÇÃO DE CURATELA.		
INFORMAR QUANDO SE INICIARAM AS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DESTES QUADRO CLÍNICO:	QUANDO A DOENÇA FOI DIAGNOSTICADA? INFORMAR DATA OU ÉPOCA:	
DESCREVER MEIOS DE DIAGNÓSTICOS E EXAMES COMPLEMENTARES (RESULTADOS E DATAS)		
QUAL O TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA?	HÁ FALÊNCIA ORGÂNICA E/OU INSUFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	NO CASO DE HAVER INSUFICIÊNCIA RENAL, INFORMAR DATA DO INÍCIO DA HEMODIÁLISE:

- PREENCHER SOMENTE NOS CASOS DE CÂNCER (NEOPLASIA MALIGNA)

QUAL O ESTADIAMENTO DA DOENÇA ATUAL (HAVENDO PROTOCOLO MÉDICO ESPECÍFICO, FAVOR ASSINALAR A CLASSIFICAÇÃO OFICIAL)
ESPECIFIQUE A EVOLUÇÃO CLÍNICA, TRATAMENTO E SEUS RESULTADOS

## PREZADO (A) MÉDICO (A):

- QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO;
- EM CASO DE FALTA DE ESPAÇO COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES EM FOLHA ANEXA INDICANDO A REFERÊNCIA DO ITEM;
- FAVOR DATAR, ASSINAR E CARIMBAR ESTE FORMULÁRIO, AUTORIZANDO O CONTATO DA ASSESSORIA MÉDICA DA SEGURADORA, PARA FINS DE ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE OS DADOS MÉDICOS REGISTRADOS, CASO NECESSÁRIOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

4. RELATÓRIO MÉDICO EM CASO DE ACIDENTE:

INFORMAR A DATA E LOCAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO/HOSPITALAR	QUAL O DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS REALIZADOS, EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO?
DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES	
HOUVE ALTA MÉDICA DEFINITIVA? INFORME A DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      ____/____/____	
QUAL O PERCENTUAL APURADO FRENTE ÀS SEQUELAS APRESENTADAS? INFORMAR, AINDA, SE EXISTIAM SEQUELAS ANTERIORES?	

5. DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME LEGÍVEL		CRM	
ESPECIALIDADE	ENDEREÇO COMERCIAL		
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE
E-MAIL			

PREZADO (A) MÉDICO (A):

- QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO;
- EM CASO DE FALTA DE ESPAÇO COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES EM FOLHA ANEXA INDICANDO A REFERÊNCIA DO ITEM;
- FAVOR DATAR, ASSINAR E CARIMBAR ESTE FORMULÁRIO, AUTORIZANDO O CONTATO DA ASSESSORIA MÉDICA DA SEGURADORA, PARA FINS DE ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE OS DADOS MÉDICOS REGISTRADOS, CASO NECESSÁRIOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

**6. DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO, PREENCHIDO E ENTREGUE À SEGURADORA:**

**A) DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:**

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL, E MÉDICO COM CARIMBO E CRM
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DE UM COMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS DO SEGURADO (EX.: CÓPIA DO CARTÃO OU CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO)

**B) EM CASO DE DOENÇA, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- 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

**C) EM CASO DE ACIDENTE, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SE HOUVER
- CÓPIA SIMPLES DE TODOS OS EXAMES E RELATÓRIOS MÉDICOS QUE ESTEJAM RELACIONADOS COM A LESÃO / SEQUELA.
- 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

**D) PARA OS CASOS ONDE O SEGURADO NECESSITOU DE INTERDIÇÃO JUDICIAL (CURATELA), ANEXAR, ALÉM DOS DOCUMENTOS ACIMA:**

- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO CURADOR
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO CURADOR
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO CURADOR
- CÓPIA AUTENTICADA DA INTERDIÇÃO JUDICIAL (CURATELA)

**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.

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