

## 1. DADOS DO SEGURADO

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		
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 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	
HOUE 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?	

4. 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

**5. 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)
- 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

**B) 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.

	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 à 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>