

## 1. DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO			CPF	
ENDEREÇO			DATA DE NASCIMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TIPO DE EVENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACIDENTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR DOENÇA		DATA DA OCORRÊNCIA		
DADOS PARA CONTATO				
TELEFONE (com DDD):		WHATSAPP/SMS (com DDD):		
E-MAIL:				

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

2. 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.	

3. 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

#### 4. 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 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

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