Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade RG nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF/MF nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_, complemento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estado\_\_\_\_\_\_\_, CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pelo presente Termo de Responsabilidade, na qualidade de Responsável Legal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiário do seguro de vida de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mantido junto à Too Seguros, apólice n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, autorizo que o pagamento da indenização do beneficiário seja feito na conta de minha titularidade:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME DO BANCO** | | | **TIPO DE CONTA** | |
|  | | | ☐ CONTA CORRENTE ☐ CONTA POUPANÇA | |
| **N° DA AGÊNCIA** | **DÍGITO** | | **N° DA CONTA** | **DÍGITO** |
|  |  | |  |  |
| **DADOS PARA CONTATO** | | | | |
| TELEFONE (com DDD): | | CELULAR (com DDD)/WHATSAPP/SMS: | | |
| 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.**

**AUTORIZO A SEGURADORA A EFETUAR O CRÉDITO NO BANCO E CONTA CORRENTE/POUPANÇA ACIMA INDICADOS. DECLARO QUE SOU INTEGRALMENTE RESPONSÁVEL PELOS DADOS CADASTRAIS E BANCÁRIOS ACIMA FORNECIDOS, NÃO CABENDO À SEGURADORA QUALQUER RESPONSABILIDADE POR EVENTUAL DESCUMPRIMENTO DO PAGAMENTO, SE ESTE FOR ORIUNDO DE ERRO NAS INFORMAÇÕES. 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, NO PRESENTE OU NO FUTURO, COM RELAÇÃO A TODOS OS DANOS EXPERIMENTADOS EM VIRTUDE DO SINISTRO ACIMA INDICADO, RENUNCIANDO EXPRESSAMENTE DO DIREITO DE PLEITEAR QUALQUER INDENIZAÇÃO EM FACE DA SEGURADORA REFERENTE AO SINISTRO ACIMA INDICADO. APÓS ESTE PAGAMENTO A SEGURADORA FICARÁ SUB-ROGADA EM TODOS OS DIREITOS E AÇÕES DO SEGURADO CONTRA O AUTOR DO DANO OU RESPONSÁVEIS PELOS PREJUÍZOS OCORRIDOS, ATÉ O LIMITE DO VALOR INDENIZADO.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

Assinatura do declarante

**SE PREFERIR, ENVIE OS DOCUMENTOS VIA CORREIO:**

TOO SEGUROS S.A. – ÁREA DE SINISTRO

CAIXA POSTAL 29 – CARAPICUÍBA – SP | CEP: 06311-971

**CENTRAL DE ATENDIMENTO VIA TELEFONE E CHAT - 0800 775 9191 | TOOSEGUROS.COM.BR/FALE-CONOSCO**

**WHATSAPP - 11 99400-3326**

2ª VIA DE DOCUMENTOS, CANCELAMENTOS, INFORMAÇÕES SOBRE APÓLICES OU ACIONAMENTO DO SEGURO. ATENDIMENTO EM DIAS ÚTEIS DAS 8H ÀS 20H

SAC 24H – 0800 776 2252. ATENDIMENTO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU DIFICULDADE DE FALA – 0800 776 2253.

**OUVIDORIA – 0800 776 2254** EXCLUSIVO PARA CASOS NÃO ATENDIDOS OU RESPOSTAS INSATISFATÓRIAS. ATENDIMENTO EM DIAS ÚTEIS DAS 9H ÀS 18H (HORÁRIO DE SÃO PAULO/SP)