

# Termo de Responsabilidade

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 nº \_\_\_\_\_, autorizo que o pagamento da indenização do beneficiário seja feito na conta de minha titularidade:

NOME DO BANCO		TIPO DE CONTA	
		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> 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

Envio de Documentos Online: <https://tooseguros.com.br/envio-documentos-complementares>



WhatsApp Too: 55 11 994003326 (opção 2)

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

2º 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.

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

Too Seguros S.A. – CNPJ 33.762/0001-07 - Registro SUSEP 665-3

Avenida Paulista, 1374 – 13º andar – São Paulo – SP – 01310-100 – [www.tooseguros.com.br](http://www.tooseguros.com.br)