

TIPO DE ALTERAÇÃO		
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO NOME DO SEGURADO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO/INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

1. DADOS DO SEGURADO

NOME	CPF
NOME CORRETO DO SEGURADO	

2. ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO – INFORMAR NOVO ENDEREÇO

ENDEREÇO	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF
		CEP

3. ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS – INFORMAR NOVOS BENEFICIÁRIOS

NOME	PARENTESCO	% DE PARTICIPAÇÃO*

(\*) A SOMA DO PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DEVE SER IGUAL A 100%.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE ESTE AVISO SUBSTITUI E TORNA SEM EFEITO ÀS INFORMAÇÕES REFERENTE AO NOME, ENDEREÇO E À CLÁUSULA BENEFICIÁRIA QUE CONSTA DE MINHA APÓLICE DE SEGUROS, BEM COMO QUAISQUER OUTROS AVISOS EMITIDOS ANTERIORMENTE NESSE SENTIDO, RELATIVOS À MESMA APÓLICE.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

TOO SEGUROS S/A

 Canais de Relacionamento	Central de Atendimento	SAC	Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala	Ouvidoria
	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.