**1. DADOS DO SEGURADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | **CPF** | | **DATA DE NASCIMENTO** | |
|  | |  | |  | |
| **ENDEREÇO** | | | | **COMPLEMENTO** | |
|  | | | |  | |
| **BAIRRO** | **CIDADE** | | **UF** | **CEP** |  |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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**

**2. DADOS DO SINISTRO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA DA OCORRÊNCIA** | **ASSINALE A COBERTURA RECLAMADA** | | |
|  | **SAQUE E COMPRA SOB COAÇÃO ( )** | **PERDA E ROUBO DE CARTÃO ( )** | |
| **NOME DO SOLICITANTE** | | | **CPF** |
|  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NÚMERO DO CARTÃO ROUBADO** | |
|  | |
| **COMPRAS/ SAQUES EFETUADOS** | **VALOR DO PREJUÍZO (R$)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **VALOR TOTAL** | **R$** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** | |  |  |  | |
|  | **LOCAL E DATA** | | |  | **ASSINATURA DO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL** |

**3. DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS/PREENCHIDOS E ENVIADOS À SEGURADORA:**

☐ FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL;

☐ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF OU CNH DO SEGURADO;

☐ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO SEGURADO;

☐ DECLARAÇÃO INFORMANDO OS PREJUÍZOS SOFRIDOS, CONTENDO DATA E VALORES DAS TRANSAÇÕES;

☐CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL COM A DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA.

**NOTA**

1. A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO;
2. CASO HAJA NECESSIDADE, DOCUMENTOS ADICIONAIS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA;
3. INFORMAMOS QUE O PRAZO DE ANÁLISE É DE 30 DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES ACIMA CITADAS.

**ENVIE OS DOCUMENTOS PARA ESTE E-MAIL:**

**ACIONE@TOOSEGUROS.COM.BR**

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

TOO SEGUROS S.A. – ÁREA DE SINISTRO

CAIXA POSTAL 514 – CARAPICUÍBA – SP

CEP: 06320-971

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

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)