1. **DADOS DO SEGURADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº DO CONTRATO**  **CPF**  **DATA NASCIMENTO**  **CONTRATO** | | | | | |
|  | | | | | |
| **NOME** | | **CPF** | | | **DATA NASCIMENTO** |
|  | |  | | |  |
| **ENDEREÇO** | | | | | **NÚMERO** |
|  | | | | |  |
| **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**

1. **DADOS DO SINISTRO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATA DA OCORRÊNCIA** | **ENDEREÇO DO IMÓVEL SEGURADO** | | | | | **NÚMERO** |
|  |  | | | | |  |
| **BAIRRO** | | **CIDADE** | | **UF** | **CEP** | **TIPO DE IMÓVEL** |
|  | |  | |  |  |  |
| **NOME DO SOLICITANTE** | | | | | **CPF** | |
|  | | | | |  | |
| **CAUSA DO SINISTRO** | | | | | | |
| ☐ INCÊNDIO (INDEPENDENTE DA ORIGEM) | | | ☐ RAIO | | | |
| ☐ EXPLOSÃO (QUALQUER QUE SEJA A CAUSA) | | | ☐ DESMORONAMENTO PARCIAL (DESABAMENTOS DE PAREDES, VIGAS, ETC.) | | | |
| ☐ DESMORONAMENTO TOTAL | | | ☐ DESTELHAMENTO (POR VENTOS FORTES OU GRANIZO E QUEBRA DE TELHAS) | | | |
| ☐ AMEAÇA DE DESMORONAMENTO | | | ☐ INUNDAÇÃO, ALAGAMENTO E ENCHENTE COM ENTRADA DE ÁGUA NO | | | |
| ☐ OUTROS | | | IMÓVEL, RESULTANTE DE AGUACEIRO, TROMBA D’AGUA OU CHUVA | | | |

|  |
| --- |
| **DESCRIÇÃO RESUMIDA DO SINISTRO** |
|  |

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

1. **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;

☐ CÓPIA SIMPLES DO CONTRATO INICIAL DE FINANCIAMENTO E AS CORRESPONDENTES ALTERAÇÕES;

☐ CÓPIA SIMPLES DO LAUDO DE AVALIAÇÃO DO IMÓVEL, ELABORADO NA ÉPOCA DA ASSINATURA DO CONTRATO DE FINANCIAMENTO;

☐ CÓPIA SIMPLES DA PLANTA DO IMÓVEL E MEMORIAL DESCRITIVO;

☐ CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL OU DO CORPO DE BOMBEIROS, QUANDO REGISTRADA A OCORRÊNCIA;

☐ COMPROVANTE DAS DESPESAS REALIZADAS NA TENTATIVA DE MINORAR O DANO E DAS DESPESAS DE SALVAMENTO;

☐ CÓPIA DAS NOTAS FISCAIS REFERENTES ÀS DESPESAS EFETUADAS PARA A COMPRA DE MATERIAIS E RECIBOS DE MÃO-DE-OBRA, NOS CASOS DE DESTELHAMENTO, INUNDAÇÃO OU ALAGAMENTO EM QUE HOUVE A NECESSIDADE DE TOMADA DE PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS PARA A PROTEÇÃO DO IMÓVEL;

☐ DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE APÓLICES DE SEGUROS CONCORRENTES OU CÓPIA DE OUTRAS APÓLICES DE SEGUROS PARA O IMÓVEL (SE HOUVER).

**IMPORTANTE:** TRATANDO-SE DE SINISTROS QUE ATINJA PARTES COMUNS DE CONDOMÍNIOS, DEVERÁ TAMBÉM SER ENCAMINHADA RELAÇÃO IDENTIFICANDO TODAS AS UNIDADES FINANCIADAS PELO ESTIPULANTE NO MESMO CONDOMÍNIO, SUAS RESPECTIVAS FRAÇÕES IDEAIS, NOME DOS MUTUÁRIOS, NÚMEROS DOS CONTRATOS DE FINANCIAMENTO E DATAS DAS RELAÇÕES DE INCLUSÃO NA APÓLICE (RI).

**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)