Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) da Cédula de Identidade (RG) nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins à Too Seguros, sob pena de responsabilidade civil e criminal, que o(a) segurado(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, falecido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, sob o estado civil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deixou como herdeiros seu(ua) esposa(a) de nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e as pessoas abaixo relacionados:

O cônjuge ou companheiro(a) deverá ser indicado nominalmente neste documento. Caso não haja a indicação nominal, o cônjuge ou companheiro(a) será considerado inexistente. Atesto que estas declarações são verdadeiras, e se não corresponder com a verdade dos fatos, arcarei com os prejuízos decorrentes, bem como responderei criminalmente por infração ao artigo 299 do Código Penal.

**BENEFICIÁRIOS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | **PARENTESCO** |
|  | |  |
| **CPF** | **RG** | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | **PARENTESCO** |
|  | |  |
| **CPF** | **RG** | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | **PARENTESCO** |
|  | |  |
| **CPF** | **RG** | |
|  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME COMPLETO** | | **PARENTESCO** |
|  | |  |
| **CPF** | **RG** | |
|  |  | |

**Obs¹.: Os herdeiros não poderão figurar como testemunhas neste documento, conforme previsto no art. 228, IV e V do Código Civil.**

**Obs².: Para os herdeiros com até 16 anos incompletos na data da presente declaração, o responsável legal deverá assinar em seu nome, responsabilizando-se pelas informações contidas. Deverá apresentar, ainda, a documentação comprobatória da representação.**

**Obs³.: Em número maior de herdeiros, por gentileza, duplicar esta folha para quantidade necessária.**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante, conforme seu documento de identificação (RG/CNH)

Assinatura da TESTEMUNHA 2

Nome:

CPF:

Parentesco:

Assinatura da TESTEMUNHA 1

Nome:

CPF:

Parentesco:

**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)