

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 _____ Nº _____, 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	
Nº DA AGÊNCIA	DÍGITO	Nº 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

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.

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)