

# Formulário de Aviso de Sinistro – Morte

## 1. DADOS DO SEGURADO – TITULAR DA APÓLICE

Nº DO CONTRATO	
NOME DO SEGURADO	CPF

## 2. DADOS DO SINISTRADO

NOME DO SINISTRADO	CPF	DATA DE NASCIMENTO
SELECIONE A CAUSA DO EVENTO <input type="checkbox"/> MORTE NATURAL <input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL		DATA DO EVENTO

## 3. DADOS DO SOLICITANTE

NOME DO SOLICITANTE	CPF	DATA DE NASCIMENTO	
ENDEREÇO			
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.

ESTOU CIENTE DE QUE O PRESENTE DOCUMENTO NÃO IMPLICA NO PRÉVIO RECONHECIMENTO POR PARTE DA SEGURADORA QUANTO AO DIREITO EM RECEBER QUALQUER INDENIZAÇÃO, A QUAL FICA CONDICIONADA À ANÁLISE DA COBERTURA E CONDIÇÕES DO SEGURO CONTRATADO. AO ASSINAR O PRESENTE TERMO, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE CASO SEJA CONSTATADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E/OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, QUE CONTRARIEM O DISPOSTO NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO, BEM COMO NA LEGISLAÇÃO CIVIL, PERDEREI O DIREITO À INDENIZAÇÃO DO SEGURO. 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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO/RECLAMANTE/BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

## 4. DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS/PREENCHIDOS E ENVIADOS À SEGURADORA:

### A) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO SINISTRO:

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

# Formulário de Aviso de Sinistro – Morte

- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SINISTRADO;
- CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF OU CNH DO SEGURADO;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO SEGURADO;
- DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS);
- CÓPIA SIMPLES DO CONTRATO DE FINANCIAMENTO E AS CORRESPONDENTES ALTERAÇÕES;
- CÓPIA DA PLANILHA DE CÁLCULO REFERENTE AO CONTRATO DE FINANCIAMENTO.

**B) EM CASO DE MORTE NATURAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- CÓPIA DA DECLARAÇÃO DO MÉDICO QUE ACOMPANHAVA O TRATAMENTO DE SAÚDE DO SEGURADO, INFORMANDO A DATA DO DIAGNÓSTICO E A EVOLUÇÃO DA DOENÇA QUE OCASIONOU O ÓBITO (SALIENTAMOS QUE ESTA DECLARAÇÃO NÃO SE REFERE A ÚLTIMA INTERNAÇÃO OU ATENDIMENTO MÉDICO QUE PRECEDEU AO FALECIMENTO DO SEGURADO);

**C) EM CASO DE MORTE ACIDENTAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA (PARA FALECIMENTO EM CASO DE ACIDENTE);
- CÓPIA SIMPLES DO LAUDO DE EXAME NECROSCÓPICO ELABORADO PELO IML E EXAMES COMPLEMENTARES (DOSAGEM ALCOÓLICA E TOXICOLÓGICO);
- CÓPIA DA CNH, CASO O SEGURADO SEJA O CONDUTOR DO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE.

**D) EM CASO DE MORTE DO COPARTICIPANTE, ENVIAR TAMBÉM:**

- CÓPIA DO RG E CPF DO COPARTICIPANTE;
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO COPARTICIPANTE.

**NOTA:**

- a)** A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO;
- b)** CASO HAJA NECESSIDADE, DOCUMENTOS ADICIONAIS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA;
- c)** 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](mailto:ACIONE@TOOSEGUROS.COM.BR)**

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

TOO SEGUROS S.A. – ÁREA DE SINISTRO  
CAIXA POSTAL 514 – CARAPICÚIBA – SP | CEP: 06320-971

**CENTRAL DE ATENDIMENTO VIA TELEFONE E CHAT - 0800 775 9191 | [TOOSEGUROS.COM.BR/ATENDIMENTO/CONTATO](https://www.tooseguros.com.br/atendimento/contato)**

2º 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)