1. **DADOS DO SEGURADO – TITULAR DA APÓLICE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)** | **CNPJ** |
|  |  |
| **NOME DO SEGURADO TITULAR** | **CPF** |
|  |  |

1. **DADOS DO SINISTRADO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **NOME DO SINISTRADO** |  **CPF** |  **DATA DE NASCIMENTO** |
|  |  |  |
|  **SELECIONE A CAUSA DO EVENTO** |  **DATA DO EVENTO** |  **SELECIONE A COBERTURA DO SINISTRADO** |
|  ☐ MORTE NATURAL ☐ MORTE ACIDENTAL |  |  ☐ MORTE DO TITULAR ☐ MORTE DO CÔNJUGE ☐ MORTE DO FILHO  |

1. **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** |  |

1. **DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS/PREENCHIDOS E ENVIADOS À SEGURADORA:**
2. **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO SINISTRO:**

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

☐ CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE ÓBITO DO SINISTRADO;

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

☐ CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA, EMITIDA APÓS O ÓBITO (NECESSÁRIO PARA SINISTRADO CASADO OU SEPARADO JUDICIALMENTE).

☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS, COM ASSINATURA DO DECLARANTE E DUAS TESTEMUNHAS (O DECLARANTE DEVERÁ APRESENTAR O SEU DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO);

☐ CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (QUANDO TRATAR-SE DE ACIDENTE);

☐ CÓPIA SIMPLES DA CNH, QUANDO TRATAR-SE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E O SEGURADO FOR O CONDUTOR DO VEÍCULO.

1. **EM CASO DE UNIÃO ESTÁVEL, ENVIAR CÓPIA SIMPLES DE 02 (DOIS) DOS DOCUMENTOS A SEGUIR:**

☐ CÓPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA E/OU DECLARAÇÃO DO INSS ONDE CONSTE O(A) COMPANHEIRO(A) COMO DEPENDENTE;

☐ COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE PENSÃO POR MORTE EXPEDIDA PELO INSS;

☐ COMPROVANTE DE DEPENDENTE EM CONVÊNIO MÉDICO;

☐ DECLARAÇÃO PÚBLICA DE UNIÃO ESTÁVEL.

☐ SENTENÇA DECLARATÓRIA DA UNIÃO ESTÁVEL OU ESCRITURA PÚBLICA DE INVENTÁRIO/PARTILHA EXTRAJUDICIAL DO COMPANHEIRO FALECIDO\*

\*Excepcionalmente neste caso, somente há necessidade de apresentação de um dos documentos indicados.

1. **EM CASO DE MORTE DE CÔNJUGE, ENVIAR TAMBÉM:**

☐ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF DO CÔNJUGE.

1. **EM CASO MORTE DE FILHO, ENVIAR TAMBÉM**:

☐ CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG E CPF OU CNH DO FILHO;

☐ COMPROVANTE DE DESPESAS COM O FUNERAL.

1. **DOCUMENTOS BÁSICOS DOS BENEFICIÁRIOS:**

☐ CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF OU CNH DE TODOS OS HERDEIROS DO SEGURADO;

☐ CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DE CADA UM DOS HERDEIROS;

☐ AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO PREENCHIDA POR TODOS OS BENEFICIÁRIOS (FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE).

1. **EM CASO DE SEGUROS CONTRATADOS PELA EMPRESA, ENVIAR TAMBÉM:**

☐ DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS) – CORRETOR OU RH DA EMPRESA;

☐ CÓPIA SIMPLES DO CARTÃO PROPOSTA, COM DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (SE HOUVER) – RH DA EMPRESA;

☐ CÓPIA SIMPLES DO ÚLTIMO HOLERITE;

☐ FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADO.

 **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)