

Formulário de Aviso de Sinistro PAN Protege Invalidez Permanente Total por Acidente

1. DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO			CPF	
ENDEREÇO			DATA DE NASCIMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TIPO DE EVENTO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACIDENTE <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR DOENÇA		DATA DO EVENTO (data da constatação da invalidez pelo médico)		

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 OU REPRESENTANTE LEGAL

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

A) DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

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

Formulário de Aviso de Sinistro PAN Protege Invalidez Permanente Total por Acidente

- 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 DE RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DATA DO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, DATA DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE E DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA;
- CÓPIA SIMPLES DE TODOS OS EXAMES E RELATÓRIOS MÉDICOS QUE ESTEJAM RELACIONADOS COM A LESÃO/ DOENÇA;
- 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.

B) PARA OS CASOS ONDE O SEGURADO NECESSITOU DE INTERDIÇÃO JUDICIAL (CURATELA), ANEXAR, ALÉM DOS DOCUMENTOS ACIMA:

- CÓPIA SIMPLES DO RG E CPF OU CNH DO CURADOR;
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO CURADOR;
- CÓPIA AUTENTICADA DA INTERDIÇÃO JUDICIAL (CURATELA).

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

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)