

# Formulário de Aviso de Sinistro – Invalidez



## 1. DADOS DO SEGURADO

|   |        |   |     |
|---|--------|---|-----|
| Nº DO CONTRATO  |        | CPF   |     |
| NOME DO SEGURADO  |        | DATA DE NASCIMENTO  |     |
| ENDEREÇO  |        | NÚMERO  |     |
| BAIRRO  | CIDADE | UF  | CEP |
| TIPO DE EVENTO<br><input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> 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 – Invalidez

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL;
- 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 DA DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ FORNECIDA PELO ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO AO QUAL O SEGURADO É FILIADO (SE HOUVER);
- CÓPIA DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS);
- CÓPIA DE EXAMES, LAUDOS, ATESTADOS E RELATÓRIOS MÉDICOS INFORMANDO O ESTADO CLÍNICO ATUAL DO(A) SEGURADO(A);
- CÓPIA DO DIÁRIO OFICIAL, BOLETIM OU PORTARIA NA QUAL FOI PUBLICADA A APOSENTADORIA/REFORMA POR INVALIDEZ PERMANENTE (SE HOUVER);
- CÓPIA SIMPLES DO CONTRATO DE FINANCIAMENTO E AS CORRESPONDENTES ALTERAÇÕES;
- CÓPIA DA PLANILHA DE CÁLCULO REFERENTE AO CONTRATO DE FINANCIAMENTO.

**B) EM CASO DE DOENÇA, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DATA DO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, DATA DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE E DATA DA ALTA MÉDICA.

**C) EM CASO DE ACIDENTE, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA (SE HOUVER);
- CÓPIA SIMPLES DE TODOS OS EXAMES E RELATÓRIOS MÉDICOS QUE ESTEJAM RELACIONADOS COM A LESÃO/SEQUELA;
- CÓPIA DO RELATÓRIO MÉDICO CONTENDO DATA DO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO, DATA DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE E DATA DA ALTA MÉDICA.

**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)**

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)