1. **DADOS DO SEGURADO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº DO CONTRATO** | | | | **CPF** | |
|  | | | |  | |
| **NOME DO SEGURADO** | | | | **DATA DE NASCIMENTO** | |
|  | | | |  | |
| **ENDEREÇO** | | | | | **NÚMERO** |
|  | | | | |  |
| **BAIRRO** | **CIDADE** | | **UF** | **CEP** |  |
|  |  | |  |  |  |
| **TIPO DE EVENTO** | | **DATA DO EVENTO (data da constatação da invalidez pelo médico)** | | | |
| ☐ ACIDENTE ☐ DOENÇA | |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |  |

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

☐ 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.

1. **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.

1. **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:**

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)