

Formulário de Aviso de Sinistro – Invalidez

1. DADOS DO SEGURADO

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)			CNPJ	
NOME DO SEGURADO			CPF	
ENDEREÇO			DATA DE NASCIMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
TIPO DE EVENTO <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:				

2. DADOS BANCÁRIOS DE TITULARIDADE DO SEGURADO

Autorizo a Too Seguros S.A. a efetuar a indenização, quando devida, utilizando os seguintes dados bancários:

NOME DO BANCO		TIPO DE CONTA <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA		
N° DA AGÊNCIA	DÍGITO	N° DA CONTA	DÍGITO	

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

3. 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 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 COMPROVANTE DE VÍNCULO EMPREGATÍCO DO SEGURADO (NO MÊS DO EVENTO) – QUANDO SE TRATAR DE SEGURO CONTRATADO POR EMPRESA;
- 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 – CARAPICUÍBA – 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.

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)