

DADOS DE ENVIO

- É recomendado o integral preenchimento dos campos deste formulário, de forma a evitar atrasos na regulação do sinistro. Informamos que, eventualmente, informações adicionais poderão ser solicitadas.
- Aviso de Sinistro: Todos os formulários e documentos físicos relativos ao sinistro, devem ser enviados para o endereço Rua Figueiredo Magalhães, 741, Loja A, Copacabana – Rio de Janeiro – CEP: 22.031-010 – aos cuidados da Área de Sinistros, ou sob forma de anexos, por e-mail, a relacionamento@almseguradora.com.br.
- Atendimento presencial de 2ª a 6ª feira (horário comercial de 09h às 18h).
- Em caso de dúvidas contate: SEGURADORA ALM S.A. - SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor (24h) - 0800 580 2647 relacionamento@almseguradora.com.br e Ouvidoria - 0800 580 2437 - ouvidoria@almseguradora.com.br.

NOTA: Anexar a este formulário, cópia simples do RG, CPF, comprovante de residência, cartão do banco (ou cabeçalho do extrato bancário) – para conferência dos dados informados, caso o crédito seja rejeitado pelo banco.

DADOS DA APÓLICE

Apólice nº:	Certificado nº:	Processo de sinistro nº:
-------------	-----------------	--------------------------

DADOS DO SEGURADO*

Nome do Segurado(a):		
Nome Social:		
Sexo:	Data de Nascimento:	Data do Evento:
CPF nº:	<input type="checkbox"/> RG/ <input type="checkbox"/> CNH nº	
E-mail:		
Endereço (rua, avenida etc.):		
Complemento (nº, apto, bloco...)		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Celular nº:	Telefone Comercial nº:	Telefone Residencial nº:

CAUSA DO EVENTO

- () Morte Natural – Causa: _____
- () Morte Acidental – Causa: _____
- () Invalidez Permanente por Acidente – Causa: _____
- () Outros – Especificar: _____

Trata-se de Acidente de Trabalho? Não () Sim () Em caso afirmativo, anexar cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)

Foi feito Registro Policial do Acidente? Não () Sim () Em caso afirmativo, anexar cópia do RO (Registro de Ocorrência)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador(a) do RG/CI nº _____, órgão expedidor /UF _____, certifico a veracidade das informações fornecidas acima, tal como autorizo o seu uso para notificação e regulação do sinistro.

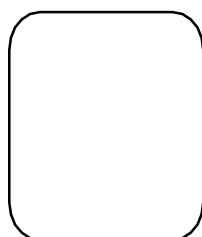
_____, de _____ de _____.
Local e data

Assinatura do Notificante/Beneficiário

Quando o Segurado, ou Beneficiário, não for alfabetizado, **DEVERÁ CONTER A ASSINATURA A ROGO (com aposição da digital), acrescentando a assinatura de duas testemunhas, com reconhecimento de firma das assinaturas destas.**

Assinatura a rogo

Testemunhas:



_____/_____
Nome CPF

_____/_____
Nome CPF

ORIENTAÇÕES GERAIS

A relação completa de documentos de sinistro pode ser visualizada no site da Seguradora ALM S/A, no **endereço eletrônico: www.almseguradora.com.br em Sinistro > Documentação Necessária.**

Caso sejam informados dados pessoais de crianças ou adolescentes no presente formulário, será necessária a autorização de seu Representante Legal, conforme Lei

Ressalta-se que, uma vez recebidos todos os documentos pela Seguradora, haverá o prazo de 30 dias, corridos, para análise do caso e de que estejam em conformidade com as condições da apólice. Entretanto, se houver a falta de um ou mais documentos, esses serão solicitados por e-mail, enviado para o e-mail informado neste formulário, e a contagem de dias para análise ficará, automaticamente, suspensa até que as exigências sejam completamente cumpridas.

Após toda a análise e a confirmação da cobertura, o pagamento da indenização poderá ocorrer por meio de crédito em conta Corrente (podendo ser digital) ou Poupança, conforme sua autorização via formulário (vide relação de documentos).

As condições gerais e certificado de adesão individual da apólice de Seguro constam disponíveis no site da seguradora no endereço eletrônico: www.almseguradora.com.br.

ATENÇÃO: O recebimento da documentação não implica na obrigatoriedade da indenização do seguro/cobertura contratada.

VALIDAÇÃO DA SEGURADORA

_____, de _____ de _____.
Local e data de recepção

Carimbo e Assinatura do Responsável