

**DADOS DE ENVIO**

- É recomendado o integral preenchimento dos campos deste formulário, de forma a garantir que as informações necessárias ao prosseguimento na regulação de sinistro sejam fornecidas.
- **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](mailto: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 [sac@almseguradora.com.br](mailto:sac@almseguradora.com.br) e Ouvidoria - 0800 580 2437 - [ouvidoria@almseguradora.com.br](mailto:ouvidoria@almseguradora.com.br).

Apólice nº:	Item nº:	Certificado:
-------------	----------	--------------

**DADOS DO SEGURADO**

Nome do Segurado (a):		
Nome Social:		
Sexo:	Data de Nascimento.:	
CPF nº:	<input type="checkbox"/> RG/ <input type="checkbox"/> CNH nº	
Celular nº:	Telefone Comercial nº:	Telefone Residencial nº:

**DADOS DO BEBECIÁRIO**

Nome do Beneficiário (a):		
Sexo:	Data de Nascimento.:	
CPF nº:	<input type="checkbox"/> RG/ <input type="checkbox"/> CNH nº	
Celular nº:	Telefone Comercial nº:	Telefone Residencial nº:

**TERMO DE RENÚNCIA (Exceto menores de idade e incapazes, não poderão renunciar)**

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, na condição de \_\_\_\_\_ (beneficiário ou herdeiro legal), no processo do SEGURO DE PESSOAS, em que figura como SEGURADO Sr(o). (a). \_\_\_\_\_ neste ato, desde já, renuncio à cota parte da indenização a que tenho direito do mencionado SEGURO DE PESSOAS.

Tenho absoluta e plena consciência que esta decisão é definitiva e irrevogável. Por ser a expressão da verdade, firmo o presente. Em favor de:

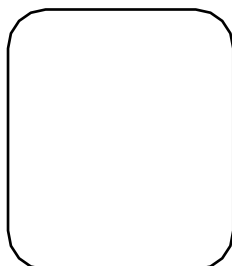
1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Local e data Assinatura do renunciante

É necessário o Reconhecimento de Fima da assinatura do renunciante.

Quando o segurado não for alfabetizado, **DEVERÁ CONTER A ASSINATURA A ROGO**, acrescentando a assinatura de duas testemunhas com reconhecimento de firma das assinaturas das testemunhas.

Assinatura a rogo



Testemunhas:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome CPF

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nome CPF