

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.
- 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 e Ouvidoria - 0800 580 2437 - ouvidoria@almseguradora.com.br.

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:	Data do Funeral:
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

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Doença	<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Morte Acidental	Foi acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente	Houve Registro Policial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

DESCREVA COM DETALHES COMO OCORREU O SINISTRO E COMO OCORREU O ATENDIMENTO AO SEGURADO:

O SEGURADO POSSUI OUTROS SEGUROS DE VIDA, ACIDENTES OU PREVIDÊNCIA PRIVADA? Não Sim

Qual é a Seguradora? _____ / _____
Tipo de Seguro/Plano de Previdência

DADOS DO NOTIFICANTE/BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário (s)

Sexo:	Data de Nascimento.:	Grau de Parentesco:
CPF nº:	RG/ CNH nº	
*Profissão/atividade:	E-mail:	
**Endereço (rua, avenida etc.)		
Complemento (nº, apto, bloco...)		
Bairro:	Cidade:	CEP:
Celular nº:	Telefone Comercial nº:	Telefone Residencial nº:

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 do sinistro.

_____, de _____ de _____.

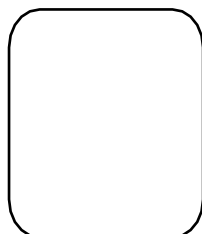
Local e data

Assinatura do Notificante/Beneficiário

Quando o segurado/beneficiário 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

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.**

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 será automaticamente reiniciada.

Após toda a análise e a confirmação da cobertura, o pagamento da indenização poderá ocorrer por meio de créditos 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.

Ciente disto, informo abaixo o e-mail pelo qual desejo receber informações sobre o sinistro.

E-mail: _____

VALIDAÇÃO DA SEGURADORA

_____, de _____ de _____.

Local e data de recepção

Carimbo e Assinatura do Responsável