

DADOS DE ENVIO

- Solicita-se o integral preenchimento dos campos deste formulário, de forma a evitar atrasos na regulação do pedido. Informamos que, eventualmente, informações adicionais poderão ser solicitadas.
- Todos os documentos e formulário físicos, relativos ao reembolso, devem ser enviados para o endereço Rua Barata Ribeiro, 383, 1003, Copacabana – Rio de Janeiro – CEP: 22.040-001 – aos cuidados da Área de Sinistros, ou sob forma de anexos: por e-mail (relacionamento@almseguradora.com.br)
- Em caso de dúvidas contate: SEGURADORA ALM S.A. – Relacionamento - Serviço de Atendimento ao Consumidor (24h) - 0800 580 2647 relacionamento@almseguradora.com.br.

DADOS DO SEGURADO*

Nome do Segurado(a): _____

Nome Social: _____

Sexo:	Data de Nascimento:	Data do Funeral:
CPF nº:	☐ RG/ ☐ CNH nº	

DADOS DO FAVORECIDO (CUSTEADOR DAS DESPESAS)

Nome: _____

Sexo:	Data de Nascimento.:	Grau de Parentesco com o Segurado:
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:

DADOS BANCÁRIOS DO FAVORECIDO / BENEFICIÁRIO ACIMA

- a) Somente será aceita Conta Corrente Conjunta quando o favorecido for o primeiro titular da conta informada.
- b) Declaro que a Seguradora não será responsável pelo descumprimento do pagamento da indenização se este for oriundo de erro dos dados cadastrais e bancários abaixo fornecidos.
- c) Não serão aceitas conta salário ou conta destinada a recebimento de benefício social.

Nome do Banco: _____ Nº do Banco: _____ Nº da Agência: _____
Nº da Conta Corrente () ou Poupança (): _____ Dígito da conta: _____
Nome e CPF: _____

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

Assinatura obrigatória

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado(a),

Estamos empenhados em salvaguardar a sua privacidade ao estabelecer esta relação conosco.

Este termo tem a finalidade de deixar o mais claro possível a nossa política de coleta e compartilhamento de dados, disponível em nosso site:

<https://seguradoraalm.com.br/Documentos/LGPD/LGPD-ALM-Aviso-Geral-de-Privacidade-e-Protecao-de-Dados-do-Beneficiario.pdf>,

informando sobre os dados coletados e como os utilizamos. Ao utilizar os nossos serviços, você declara o seu EXPRESSO CONSENTIMENTO para coletarmos, tratarmos e armazenarmos dados sobre você quando julgarmos necessários à prestação de nossos serviços.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

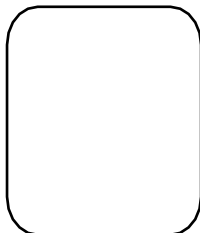
Eu, _____, portador(a) do RG/CI nº _____, órgão expedidor /UF _____, certifico a veracidade das informações fornecidas acima, tal como autorizo o seu uso para notificação e regulação do sinistro.

_____, de _____ de _____.

Local e data

Assinatura do Notificante/Beneficiário (Obrigatório)

Quando o favorecido, não for alfabetizado, **DEVERÁ CONTER A ASSINATURA A ROGO (com aposição da digital)**, acrescentando a assinatura de duas testemunhas, **com reconhecimento de firma por AUTENTICIDADE das assinaturas.** As testemunhas deverão apresentar cópias de seus documentos de identificação.”

Assinatura a rogo

Testemunhas:

_____/_____
Nome CPF_____/_____
Nome CPF