

DADOS DE ENVIO

- Solicita-se 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 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, a relacionamento@almseguradora.com.br.
- Em caso de dúvidas contate: SEGURADORA ALM S.A. - SAC - 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 Evento:

CPF nº:

☐ RG/ ☐ 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)

[illegible]

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

Nome do Beneficiário(s):

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:	

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 de pendências e regulação do sinistro.**

_____, _____ de _____ de _____.

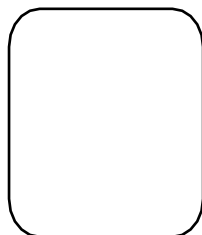
Local e data

Assinatura do Notificante/Beneficiário (Obrigatória)

Quando o notificante, 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

ORIENTAÇÕES GERAIS

A relação completa de documentos de sinistro pode ser visualizada no site da Seguradora ALM S/A, no **endereço eletrônico:** www.seguradoraalm.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 se eles estão 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.seguradoraalm.com.br.

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