

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.:

CPF nº:

☐ RG/ ☐ CNH nº

Celular nº:

Telefone Comercial nº:

Telefone Residencial nº:

DADOS DO BEBEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário (a):

Sexo:

Data de Nascimento.:

CPF nº:

☐ RG/ ☐ 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(A) Sr(a). _____, neste ato, desde já, renuncio à minha cota parte da indenização.

Tenho absoluta e plena consciência que esta decisão é definitiva e irrevogável.

Por ser a expressão da verdade, firmo o presente.

Renuncio em favor de:

1. _____;
2. _____;
3. _____.

_____/_____

Local e data

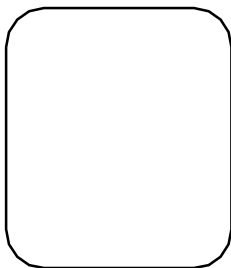
Assinatura do renunciante (obrigatória)

É necessário o Reconhecimento de Fima da assinatura do renunciante (POR AUTENTICIDADE).

É necessário o preenchimento do Formulário Habilitação de Beneficiário, Pagamento e Termo LGPD pelo renunciante (não sendo obrigatória a informação de seus dados bancários neste documento).

Quando o Beneficiário 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