

DADOS DE ENVIO

- Todos os campos deste formulário são de preenchimento obrigatório, conforme determina a Circular SUSEP nº 612/2020, a entrega deste formulário preenchido e original, é obrigatória no processo de regulação de sinistro e não implica no pagamento do valor do capital segurado da cobertura de Invalidez permanente total por acidente - IPTA, pela Seguradora, o qual poderá ser realizado somente após a análise do sinistro. A Circular SUSEP pode ser consultada no site da SUSEP - www.susep.gov.br.
- Sinistros:** Rua Figueiredo Magalhães, nº 741 - Loja A - Copacabana, Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22031-011. E-mail: sinistro@almseguradora.com.br.
- Em caso de dúvidas contate: SEGURADORA ALM S/A - SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor 24 horas, através do telefone 0800 580 2647 e Ouvidoria pelo telefone 0800 580 2437 - Atendimento de 2ª a 6ª feira, em horário comercial**
- e-mail: sac@almseguradora.com.br e ouvidoria@almseguradora.com.br.

NOTA: Anexar a este formulário cópia simples do RG, CPF, comprovante de residência e cópia simples do cartão do banco, cabeçalho do extrato bancário ou talão do cheque, para conferência dos dados informados, caso venha a rejeitar o crédito.

DADOS DA APÓLICE

Apólice nº:	Certificado nº:	Processo de sinistro nº:
Razão Social do Estipulante/Representante:		CNPJ nº:

DADOS DO SEGURADO*

Nome do Segurado(a) (Titular do seguro)			
Gênero:	Data de Nasc.:	Data do Evento:	Data do Funeral:
CPF nº:	<input type="checkbox"/> RG/ <input type="checkbox"/> 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:	

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 notificante/beneficiário (s)		
Gênero:	Data de Nasc.:	Grau de Parentesco:
<input type="checkbox"/> CPF/ <input type="checkbox"/> CNPJ nº	<input type="checkbox"/> RG/ <input type="checkbox"/> 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:

* Se pessoa jurídica informar CNAE de atividade. **Se pessoa jurídica informar endereço da sede.

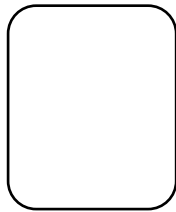
TERMO DE AUTORIZAÇÃO

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**

Dentro de 5 dias úteis, o notificante deverá contatar o SAC 0800 056 2479, solicitando informações e também, receberá e-mail da Seguradora ALM S/A, com uma relação de documentos relacionados a ocorrência, que, para fins de análise e indenização, deverão ser preenchidos e enviados para o endereço da Seguradora.

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 10 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 meio de carta/ou e-mail, enviado para o endereço de correspondência informado, 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), Poupança ou via Pix, conforme sua autorização via formulário (vide relação de documentos).

As condições gerais e certificado de adesão individual da apólice de Seguro/Microseguro 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: _____

Quando pessoa jurídica, preencher inclusive os campos de pessoa física (nome legível e CPF) para validação do representante da empresa.*VALIDAÇÃO DA SEGURADORA**

_____, _____ de _____ de _____.

Local e data de recepção

Carimbo e Assinatura do Responsável