

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima _____, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em ____/____/____, faleceu em ____/____/____, no estado civil de _____ (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

Nome Completo	Na qualidade de (*)	RG:	CPF:
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declaro(mos), ainda que a vítima ()Não deixou companheira(o) ou ()Deixou companheira(o) de nome: _____.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização por danos corporais aos ocupantes do veículo segurado com processo administrativo do evento registrado sob nº _____.

_____	Local e Data	_____	Assinatura do Declarante
_____	Local e Data	_____	Assinatura do Declarante
_____	Local e Data	_____	Assinatura do Declarante
_____	Local e Data	_____	Assinatura do Declarante
_____	Local e Data	_____	Assinatura do Declarante

DADOS E ASSIANTURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE(*)

Nome completo do representante legal ou assistente	RG:	CPF:	Assinatura
1-			
2-			

Dados das Testemunhas

Nome Completo	RG:	CPF:	Assinatura
1-			
2-			

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

a) Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar pelo menor. b) Caso o herdeiro legal possua entre **16ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS)**, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

SAC 0800 775 4545. SAC para Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 775 5045. Atendimento 24 horas.

Ouvidoria 0800 775 4545. Ouvidoria para Deficiente Auditivo ou de Fala 0800 5045. Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Este documento é de uso exclusivo do Grupo MAPFRE e não deve ser reproduzido total ou parcialmente.

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS. O Grupo MAPFRE respeita e cumpre as exigências previstas na Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais zelando pelos seus dados pessoais. Responsável pelo tratamento: MAPFRE Seguros Gerais S/A; Finalidade: Regulação e Liquidação de Sinistro. Você poderá exercer seus direitos e verificar como e porquê tratamos os seus dados pessoais através da nossa política de privacidade (<https://www.mapfre.com.br/seguro-br/politica-privacidade/>) e do e-mail protecaodados@mapfre.com.br