

- Essa declaração deve ser preenchida quando não há indicação de beneficiários na proposta de adesão do(a) segurado(a) ou este indicou "herdeiros ou beneficiários legais". Na ausência de indicação beneficiária, o pagamento do seguro será realizado, conforme estabelecido nos artigos 792 e 1829, do Código Civil Brasileiro.
- “Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge, não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”
- **Orientações para preenchimento:**
  - a. Se for casado(a) com filhos, declarar esposo(a) e todos os filhos e encaminhar a certidão de casamento atualizada, após óbito do(a) segurado(a);
  - b. Se tiver companheiro(a) e filhos, declarar companheiro(a) e todos os filhos;
  - c. Se for casado(a) e sem filhos, declarar esposo(a) e pais e encaminhar a certidão de casamento atualizada, após óbito do(a) segurado(a).
  - d. Se tiver companheiro(a), mas sem filhos, declarar companheiro(a) e pais.
  - e. Se tiver apenas filhos e não tiver esposo(a) ou companheiro(a), declarar somente os filhos.
  - f. Se um dos filhos for falecido após o(a) segurado(a) declará-lo como herdeiro e encaminhar a Certidão de Óbito do mesmo.

# Declaração de Herdeiros:



Eu, ..... portador(a) do RG , .....  
CPF ..... e estado civil ..... residente à .....  
na qualidade de ..... (informar grau de parentesco com o segurado), declaro, para os devidos fins e efeitos e sob pena de responsabilidade civil e criminal, ciente das implicações legais do artigo 299 do Código Penal, que o(a) Sr(a) ..... (segurado) faleceu no estado civil, .....  
tendo deixado os seguintes herdeiros citados abaixo:

NOME	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		
7)		

Por ser expressão de verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, estou ciente de que, caso esta declaração não traduza a verdade, **terei que ressarcir o valor pago pela seguradora** e assumo a responsabilidade pelas informações prestadas junto ao MAPFRE Seguros S.A., na presença de duas testemunhas.

**Atenção:** Se o sinistrado for: Solteiro, Viúvo, Divorciado, Separado judicialmente ou de Fato, preencher:

O(a) Segurado(a) mantinha convivência pública, contínua, duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família, sem qualquer tipo de impedimento legal previsto no artigo 1.521 do Código Civil? ( ) Não ( ) Sim - se possuir, por favor, informe a seguir:

Vivia maritalmente com .....  
portador(a) do RG ..... e CPF ..... desde ..... / ..... / .....  
até ..... / ..... / ..... (informar a data de início da união estável).

....., ..... de ..... de .....

Assinatura do(a) declarante

1º Testemunha  
Assinatura da testemunha

2º Testemunha  
Assinatura da testemunha

NOME:

NOME:

CPF:

CPF:

RG:

RG:

MAPFRE Seguros S.A. Avenida das Nações Unidas, 14.261 - Ala A - 17º andar - Vila Gertrudes - CEP: 04794-000 - São Paulo - SP. Cód. SUSEP 05665. Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC): 0800 884 8844, disponível todos os dias, 24 horas. Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) deficiente auditivo e de fala: 0800 775 5045, disponível de segunda à sexta, das 08h às 18h (exceto feriados). Ouvidoria: 0800 775 1079, disponível de segunda à sexta, das 08h às 18h (exceto feriados). Ouvidoria para deficientes auditivo e de fala: 0800 962 7373, disponível de segunda à sexta, das 08h às 18h (exceto feriados). www.mapfre.com.br. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.