

**Nº do bilhete:****Dados do Comunicante****Nome:** \_\_\_\_\_ **Telefone (DDD):** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_**AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Autorizo, na qualidade de beneficiários (as) do (a) segurado (a), os médicos que o (a) trataram, os hospitais ou clínicas onde esteve internado (a), bem como laboratórios onde tenha realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela **MAPFRE Seguros**, quer sejam através de declarações ou cópias de exames e prontuários Médicos Hospitalares, estando em conformidade com os artigos 102 e 112 do Código de Ética Médica.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

**INFORMAÇÕES DO MÉDICO**

Nome do Sinistrado:

Local do Falecimento: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Data de sua primeira visita: \_\_\_\_\_ Data da sua última visita: \_\_\_\_\_ Desde quando foi seu médico: \_\_\_\_\_

Causa Mortis: \_\_\_\_\_ Imediata:  \_\_\_\_\_ Mediata:  \_\_\_\_\_ Doença ou estado: \_\_\_\_\_Foi seu médico durante a doença ou acidente que provocou sua morte  Sim  Não

Há quanto tempo na sua opinião, esteve o falecido sofrendo da moléstia que o vitimou? \_\_\_\_\_ Por quanto tempo esteve impossibilitado de trabalhar devido à doença ou acidente que o vitimou? \_\_\_\_\_

Tinha o falecido conhecimento da existência do mal? Desde quando? (em caso afirmativo)  Sim  Não / /

Grau Parentesco ( Familiares): \_\_\_\_\_ Desde quando: ( em caso afirmativo): \_\_\_\_\_

Foi o mesmo submetido a internação hospitalar? Indique as datas ( caso afirmativo)

 Sim 1 / / 3 / / Não 2 / / 4 / /

Sofreu o paciente alguma intervenção cirúrgica em virtude da doença ou acidente que o vitimou? Indique as datas ( em caso afirmativo)

 Sim 1 / / 3 / / Não 2 / / 4 / /

Quando foi a primeira vez consultado pelo falecido ou por qualquer parente ou amigo do mesmo sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?

Hospital (is) respectivamente: \_\_\_\_\_ Hospital (is) respectivamente: \_\_\_\_\_

Houve alguma causa especial, direta ou indiretamente para a morte, proveniente de hábitos, ocupação ou residência do falecido?

Outras informações que julgar importante Registrar. ( Não havendo, inutilize o espaço)

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO**

Afirmo pela presente, que assisti ao falecido desde o dia de de até o dia de de , e que assinei a declaração de óbito para o registro em cartório e que as respostas acima e no anverso são completas e verdadeiras.

Local e Data

Assinatura do Médico

**DADOS DO MÉDICO**

Nome legível do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD) \_\_\_\_\_

### RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

- Formulário Aviso de Sinistro por Morte – SegurViaje com informações gerais, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência (se houver);
- Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML (ou equivalente). Caso o laudo não tenha sido realizado, apresentar declaração do órgão competente confirmando a não realização;
- Cópia do resultado do exame de dosagem alcoólica/toxicológico. Caso o exame não tenha sido realizado, apresentar declaração do órgão competente confirmando a não realização;
- Cópia da C.N.H. – Carteira Nacional de Habilitação ou cópia da P.I.D. - Permissão Internacional para Dirigir, em caso de acidente de trânsito e se o Segurado for condutor de veículo;
- Cópias do RG (Registro Geral) ou RNE (Registro Nacional para Estrangeiros), do CPF (Cadastro de pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado e de cada Beneficiário. Na falta de RG e CPF de Beneficiário, apresentar cópia da Certidão de Nascimento;
- Tíquete com a comprovação de embarque;
- "Declaração de Únicos Herdeiros Legais", preenchida e assinada pelo(s) familiares consanguíneos, caso o Segurado não tenha designado Beneficiário(s) no Bilhete do Seguro, com duas testemunhas devidamente qualificadas, com reconhecimento de firma, informando quem são os únicos herdeiros legais do Segurado;
- Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada, emitida após o óbito, ou de comprovação da união estável por ocasião do Sinistro;
- Formulário de registro de informações cadastrais e autorização de pagamento preenchido por todos os beneficiários, individualmente.

**Importante:** Serão solicitados outros documentos contemplados pela legislação em vigor, caso a Seguradora julgue necessários.

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE REEMBOLSO DE DESPESAS FUNERÁRIAS

**Além dos documentos informados citados acima para a cobertura de Morte Acidental, enviar:**

- Cópias do RG (Registro Geral) ou RNE (Registro Nacional para Estrangeiros), do CPF (Cadastro de pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado e do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral;
- Notas fiscais e recibos originais das despesas com o funeral;
- Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral.
- 

**Importante:** Serão solicitados outros documentos contemplados pela legislação em vigor, caso a Seguradora julgue necessários.

