|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Apólice nº**      | **Sinistro nº**       | **Data do sinistro**       |
| **Segurado/ Beneficiário:**       |
| **DADOS DO VEÍCULO** |
| **Marca:**      | **Modelo:**      |
| **Placa:**      | **Cód. do Renavan:**      | **Estado do Emplacamento:**      |
| **Pela presente, autorizo a Sompo Seguros S.A. a efetuar o pagamento dos débitos existentes do veículo, conforme discriminado abaixo, do valor da Indenização Integrala ser efetuada pela companhia.** |
| **DÉBITOS** |
| **[ ]  IPVA Ano(s):**       | **Total R$**       |
| **[ ]  Multas** | **Total R$**       |
| **[ ]  DPVAT Ano(s):**       | **Total R$**       |
| **[ ]  Licenciamento Ano(s):**       | **Total R$**       |
| **[ ]  Transferência** | **Total R$**       |
| **[ ]  Averbação** | **Total R$**       |
| **VALOR TOTAL A SER DEDUZIDO** |  **R$**       |
| **Neste momento, declaro para os devidos fins de direito que fui cientificado que a Seguradora efetuará o pagamento dos débitos tão logo seja finalizado a análise de cobertura, sujeito à alterações de valores pelos órgãos oficiais.****Declaro, ainda, que fui cientificado que o pagamento da Indenização Integral pela perda do veículo segurado ocorrerá após o pagamento dos débitos acima apontado e mediante apresentação dos documentos solicitados pela Seguradora.****Declaro finalmente, que eventuais multas e encargos ocorridos até a data do sinistro, que venham ser lançados no prontuário do veículo, posteriormente a data deste documento, serão de minha responsabilidade.**(Preencher local e data),    de       de     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Segurado/Beneficiário: (Preencher nome)****RG: (Preencher)****CPF: (Preencher)** |