|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | | | | | | |