**Termo de Pagamento e Quitação Geral**

|  |  |
| --- | --- |
| **SEGURADO:**  |       |
| **APÓLICE Nº:** |       |
| **SINISTRO Nº** |       |
| **DATA DA OCORRÊNCIA:** |       |

(Preencher com o nome do terceiro), inscrito(a) no CPF/CNPJ nº      , portador(a) do RG nº      , domiciliado/sede na Rua      , nº     complemento:      ,Bairro:      Cidade:      Estado     , CEP     , declaro(amos) que mediante o recebimento da indenização no valor de R$       (Descrever o valor por extenso), outorgo à SOMPO SEGUROS S.A., e ao Segurado em referência, livre de qualquer coação ou pressão, a mais ampla, plena, geral, irrevogável e irretratável quitação para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, no presente ou no futuro, com relação a todos os danos experimentados em virtude do sinistro acima identificado, inclusive, mas sem limitação, aos danos corporais, danos materiais, pensão mensal vencida e vincenda, lucros cessantes, inatividade temporária, despesas médico hospitalares, danos morais, danos estéticos, danos emergentes e honorários advocatícios, renunciando expressamente do direito de pleitear qualquer indenização em face da Seguradora e do Segurado.

     ,    de       de     .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Assinatura  |

NOME:
CPF/CNPJ nº