

Registro de Indemnización de Siniestros SOAT

Siniestro N° _____

1. Complete sus datos personales

Nombre y Apellidos del Solicitante:			
DNI/ CE del solicitante:		Teléfono:	
Nombre y Apellidos del Beneficiario:			
Dirección del Beneficiario: Calle/ Av. / Jirón:			
Ditrto:	Urbanización:	Dpto.	
DNI /CE Beneficiario:			
Telefono:			
Correo electrónico del beneficiario / solicitante:			
Lugar del accidente:		Fecha del accidente:	
N° Certificado SOAT:		Placa N°:	
Tipo del Siniestro:			

2. Solicitante:

☐ Víctima ☐ Asegurado ☐ Familiar ☐ Apoderado ☐ Otro:

* En caso se trate de familiar indicar el parentesco

En casos que el solicitante sea distinto del beneficiario, deberá presentar:

1.- Imagen del DNI del beneficiario y solicitante (copia física y legible)

3.- Carta poder con huella y firma legalizada para monto menores a media UIT. Para montos mayores a media UIT poderes inscritos en Sunarp (Primer párrafo del artículo 35º del Reglamento de SOAT)

3. Requisitos para solicitar atención por soat (Conforme a Ley):

1.- INDEMNIZACION POR MUERTE:

a) Copia de la Denuncia Policial (Art. 33°).	c) DNI de la persona que invoca la condición de beneficiario del seguro.
b) Certificado de defunción de la víctima (Art. 33°, inciso b)	(Art. 33°, inciso b)
d) Según tipo de beneficiario: (Art. 33°, inciso b) a) El cónyuge o integrante sobreviviente de la unión de hecho. Certificado de matrimonio b) Los hijos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo. Partida de Nacimiento. c) Los hijos mayores de dieciocho (18) años. Partida de Nacimiento. d) Los padres. Partida de Nacimiento del hijo fallecido. e) Los hermanos menores de dieciocho (18) años, o mayores de dieciocho (18) años incapacitados de manera total y permanente para el trabajo y declaratoria de herederos u otros documentos que acrediten legalmente la calidad del beneficiario del seguro.	* Para efectos del pago de la respectiva indemnización el solicitante deberá acreditar que no existen beneficiarios con mayor derecho que él para el pago de la indemnización, de acuerdo con el orden de precedencia estipulado, o que para su cobro se cuenta con autorización de ellos en caso de existir. Bastará para dicha acreditación, la presentación de una Declaración Jurada suscrita ante Funcionario acreditado de la Compañía Aseguradora o con firma legalizada ante Notario Público. (Art. 34°) **A falta de las personas indicadas precedentemente, la indemnización corresponderá al Fondo de Compensación de Seguros, una vez transcurrido el plazo de prescripción liberatoria que indica la póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

2.- REEMBOLSO POR GASTOS DE SEPELIO:

a) Copia de la Denuncia Policial (Art. 33°).	b) Comprobantes de pago con valor tributario que acrediten los gastos de sepeleo. (Art. 33°)
--	--

3.- INDEMNIZACION POR INVALIDEZ PERMANENTE:

a) Copia de la Denuncia Policial (Art. 33°).	b) Certificado médico original expedido por el médico tratante. (Art. 33°)
--	--

4.- INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Copia de la Denuncia Policial (Art. 33°).	b) Certificado médico original expedido por el médico tratante. (Art. 33°)
--	--

5. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

a) Copia de la Denuncia Policial (Art. 33°).

b) Originales de los comprobantes de pago con valor tributario y contable que acredite el valor o precio de los gastos médicos en que se haya incurrido para el tratamiento de la víctima como consecuencia de las lesiones sufridas. (Art. 33°).

Hacemos de su conocimiento que una vez presentada la documentación requerida y completa, el pago se encontrará a su disposición a partir del décimo día (10 días) de presentada la misma.

Forma de pago:

El beneficiario deberá acercarse sólo con su DNI a cualquier oficina del BBVA (por ventanilla) para la validación biométrica

Firma y huella del solicitante

Ciudad, Limade..... 2024