



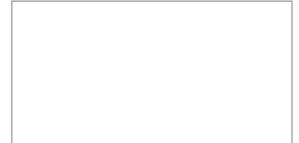
# VEHÍCULOS

## RECLAMOS POR SOA (Seguro Obligatorio de Automotores)

Complete este formulario marcando lo que corresponda

Lesionado  Fallecido

Reclamante N° \_\_\_\_\_



SELLO DE ENTRADA

### SR./A. RECLAMANTE - IMPORTANTE

Para efectuar el reclamo administrativo ante el Banco de Seguros del Estado, de acuerdo a lo establecido por la Ley N° 18.412 en su Art. 12 y concordantes, se deberá acreditar la legitimación activa y acompañar toda la documentación correspondiente con fotocopias. Asimismo someterse a las pericias técnicas que correspondan, de acuerdo a los daños padecidos en el día que establezcan los técnicos del Banco de Seguros del Estado.

Recibido lo anterior por la Administración del Banco de Seguros del Estado, ésta estudiará la misma exclusivamente con la documentación aportada por él o los interesados reclamantes, quienes firman de conformidad el presente, cuya copia se le entrega.

### DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

Declaro bajo juramento y en conocimiento de la responsabilidad civil y penal que por la misma asumo, que no he gestionado reclamación alguna anterior ni percibido indemnización por los mismos hechos mencionados en esta solicitud, al amparo del seguro obligatorio creado por la Ley N° 18.412, ya sea en el Banco de Seguros del Estado o en otra compañía de seguros.

**Art. 347 del Código Penal: "El que con estratagemas o engaños artificiosos indujere a error a alguna persona, para procurarse así mismo o a un tercero un provecho injusto en daño de otro, será castigado con seis meses de prisión o cuatro años de penitenciaría".**

### DATOS DEL RECLAMANTE

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento    Profesión \_\_\_\_\_

#### Domicilio Particular

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

#### Integración del núcleo familiar

Apellidos del cónyuge \_\_\_\_\_ Nombres del cónyuge \_\_\_\_\_

C.I.  N° \_\_\_\_\_ Doc. extranjero  Tipo \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Apellidos de la madre \_\_\_\_\_ Nombres de la madre \_\_\_\_\_

Apellidos del padre \_\_\_\_\_ Nombres del padre \_\_\_\_\_

#### De los hijos

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Sexo: femenino  masculino

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha    Lugar \_\_\_\_\_ Sec. Policial \_\_\_\_\_

Matrículas intervinientes \_\_\_\_\_

Matrícula contra la cual se reclama \_\_\_\_\_

Lesionados \_\_\_\_\_

**Tiene algún vínculo** Con el conductor Asegurado  Con el conductor Propietario  Con el Tomador

**Relato del accidente** \_\_\_\_\_

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

Fecha    Firma del Reclamante \_\_\_\_\_

