departamento, día de mes de año

**Carta poder simple para presentar reclamos SOA ante el Banco de Seguros del Estado**

Por intermedio de la presente, nombre del poderdante, oriental / otra nacionalidad, estado civil, edad, titular de la cédula de identidad número número de cédula, con domicilio real en nombre de la calle, número de puerta, apartamento y esquina, barrio, ciudad y departamento, celular número de celular, teléfono número de teléfono fijo, correo electrónico dirección de correo electrónico @, autorizo a nombre del autorizado, titular de la cédula de identidad número de cédula, matrícula – si corresponde, así como a nombre del autorizado, titular de la cédula de identidad número de cédula, matrícula – si corresponde así como a nombre del autorizado, titular de la cédula de identidad número de cédula, matrícula – si corresponde; conjunta y/o indistintamente, para que en mi nombre y representación puedan:

a) presentar ante el Banco de Seguros del Estado solicitud de reclamos SOA al amparo de lo dispuesto por la ley 18.412 y sus decretos reglamentarios;

b) retirar documentación referida al reclamo antedicho, agregar nueva documentación y notificarse ante resoluciones;

c) realizar cualquier otra gestión que tengo por objeto tramitar la indemnización que está contemplada en la ley 18.412 y sus decretos reglamentarios.

Declaro asimismo que no he gestionado reclamación alguna anterior ni percibido indemnización por los mismos hechos mencionados en esta solicitud, al amparo del seguro obligatorio contemplado en la ley 18.412, ya sea en el Banco de Seguros del Estado o en otra compañía de seguros.

Completar si corresponde:

Constituyo domicilio en nombre de la calle, número de puerta, apartamento y esquina, barrio, ciudad y departamento, celular número de celular, teléfono número de teléfono fijo, correo electrónico dirección de correo electrónico @

firma (de acuerdo al documento de identidad) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

aclaración \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_