



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 _____

