SOLICITUD DE ANTECEDENTES (INCAPACIDAD)
SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES PERSONALES (LEY 18.490)

Nº CERTIFICADO: **PATENTE VEHICULO PARTICIPANTE:**

FECHA ACCIDENTE: **NOMBRE LESIONADO:**

Conforme a lo establecido en los artículos 6º, 7º, 8º y 9º de la Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados y de las facultades contenidas en la normativa legal vigente, se solicita a los afectados y/o beneficiarios presentar los antecedentes indicados en esta solicitud según corresponda al tipo de estado civil del lesionado fallecido. Lo anterior con el fin de contar con los antecedentes necesarios que permitan concluir el análisis del siniestro y proceder con la liquidación del siniestro según corresponda:

INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL O INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL:

- Parte Policial o Certificado otorgado por el Tribunal o Fiscalía en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito, este documento debe contener entre otros, nombre del funcionario que lo otorga y el respectivo timbre original de la Fiscalía o Tribunal competente.
- Copia de la Cédula de Identidad del lesionado.
- Certificado médico que acredite la naturaleza y grado de la incapacidad (indicar porcentaje), donde se consigne que ella tiene su origen directo en un accidente en el cual participó el vehículo asegurado. En este certificado se deberá identificar al accidentado con nombre completo y RUT.
- La naturaleza y el grado de incapacidad serán determinados por el médico tratante, el cual deberá estar habilitado para el ejercicio de la profesión. Para dicha determinación no se tomará en cuenta la profesión, ocupación u oficio de la persona accidentada.
- Otros.

Se hace presente que el liquidador del siniestro podrá requerir antecedentes adicionales de ser necesario para concluir el análisis de la denuncia.

El presente seguro establece que las acciones para perseguir el pago de la indemnización proveniente de esta cobertura, el plazo de prescripción se contará desde la fecha de emisión del certificado médico que expida el médico tratante, el cual no podrá presentarse luego de transcurridos 2 años desde la fecha del accidente.

Rige póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el registro de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros, bajo el Código POL320130487.

Contacto para consultas derivadas de siniestros SOAP:
Aseguradora Porvenir S.A.
Dirección: Avda. Apoquindo Nº 4501, Oficina 2003, Las Condes – Santiago.
Teléfonos: +56 2 32206807 anexo 527 - +56 2 32206807 anexo 530 - +56 2 32205686 - +56 2 32205657
www.aspor.cl