

**Solicitud de antecedentes por Incapacidad
Seguro Obligatorio de Accidentes Personales (SOAP)**

Ley 18.490

Nro. de siniestro: _____ **Nro. de Póliza:** _____

Lesionado _____

Cumpliendo con los procedimientos establecidos y haciendo uso de nuestras facultades según artículo 9° de la Póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes Personales causados por Vehículos Motorizados, rogamos proporcionarnos los siguientes antecedentes, a fin de concluir el análisis del siniestro y proceder con la liquidación del siniestro según corresponda:

Indemnizaciones provenientes de:

- **Incapacidad permanente total (cobertura hasta UF 300)**
- **Incapacidad permanente parcial (cobertura hasta UF 200)**

1. Certificado otorgado por el Tribunal o Fiscalía en el cual se consignen los datos del accidente de tránsito y en el que debe constar entre otros: nombre del funcionario que lo otorga y timbre original de la Fiscalía o Tribunal competente.
2. Copia de la Cédula de Identidad del lesionado
3. Copia de la Cédula de Identidad del representante legal del lesionado si este último fuera menor de edad
4. 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.

Nota

La naturaleza y grado de incapacidad serán determinados por el médico tratante, el cual debe estar habilitado para el ejercicio de la profesión.

Para dicha determinación no se tomará en consideración la profesión, ocupación u oficio del accidentado.

5. Otros

Tratándose de las indemnizaciones de incapacidad permanente, el plazo de prescripción para perseguir el pago 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.

_____ / _____ / 2020
Fecha solicitud de antecedentes

Firma del denunciante