

SOLICITUD DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Nro.Sol. : _____

Nro.Exp. : _____

SECCIÓN I.**INFORMACIÓN A SER LLENADA POR EL BENEFICIARIO**

☐ Gastos médicos	☐ Indemnización por muerte
☐ Gastos de Sepelio	☐ Incapacidad Temporal ☐ Invalidez Permanente

Yo..... con DNI....., cuya copia adjunto a la presente solicitud; domiciliado en.....

....., solicito mediante el presente la(s) indemnización(es) marcada(s) previamente, adjuntando la siguiente documentación conforme a lo establecido en el Reglamento SOAT:

FALLECIMIENTO		REEMBOLSO GASTOS SEPELIO	
☐	Parte o Denuncia Policial	☐	Parte o Denuncia Policial
☐	Certificado de defunción de la víctima	☐	Certificado de defunción de la víctima
☐	Documento que acredite el grado de prelación:	☐	Comprobante(s) de pago de los gastos de sepelio
	a) <u>Esposo(a)</u> : Certificado de matrimonio.		
	b) <u>Conviviente</u> : Constancia de inscripción de la unión de hecho en el Registro Personal de la SUNARP		
	c) <u>Hijos</u> : Partida de nacimiento de los hijos menores de edad o mayores de 18 años (según sea el caso).		
	d) <u>Padres</u> : Partida de nacimiento del fallecido.	☐	Parte o Denuncia Policial
	e) <u>Hermanos</u> : Partida de nacimiento	☐	Informe Médico
	f) Declaratoria de Herederos	☐	Comprobantes de pago
INCAPACIDAD TEMPORAL		INVALIDEZ PERMANENTE	
☐	Parte o Denuncia Policial	☐	Parte o Denuncia Policial
☐	Certificado médico que acredite la incapacidad temporal	☐	Certificado médico que acredite la invalidez permanente

Documentación e Información adicional para el caso de Indemnización por muerte	
☐ Declaración Jurada suscrita ante funcionarios acreditados de la AFOCAT o con firma legalizada ante Notario Público, presentada por el solicitante en la que declara que no existen otros beneficiarios con mayor prioridad que él para el cobro de la indemnización (según el orden de precedencia establecido en la norma), o que cuenta con autorización de los otros beneficiarios para tal fin.	
Nombres y Apellidos del(os) Fallecido(s):	
Grado de parentesco:	

N° de Celular	N° de teléfono fijo	Correo electrónico
☐ Cuenta de Ahorros ☐ Cuenta Corriente	Entidad Financiera	N° Código interbancario

CONSENTIMIENTOS EXPRESOS:

Comunicaciones a recibir [Se puede marcar más de una opción]: Notificación al domicilio () Mensajes al celular () Correo electrónico ()

Pago de Indemnizaciones [Marcar solo una opción]: Depósito o transferencia a cuenta de ahorros o corriente () Entrega de Cheque u Orden de pago ()

SECCIÓN II.**PARA CONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE**

- La indemnización será pagada dentro del plazo de los diez (10) días siguientes de recibida la presente solicitud, salvo que exista observaciones a la misma.
- En caso de existir alguna observación a la documentación presentada, la misma se notificará al solicitante dentro del plazo señalado en el numeral precedente.
- El cómputo del plazo los diez (10) días para el pago de la indemnización se reiniciará una vez que todas las observaciones hayan sido subsanadas.

..... FIRMA DEL SOLICITANTE	/...../..... FECHA (Solicitante)	Sello y firma Recepción Solicitud (AFOCAT)
--------------------------------	--	---