

**ANEXO N° 5
SOLICITUD DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN**

SECCIÓN I. INFORMACIÓN A SER LLENADA POR EL BENEFICIARIO

<input type="checkbox"/> Gastos médicos	<input type="checkbox"/> Indemnización por muerte
<input type="checkbox"/> Gastos de Sepelio	<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal
	<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/>	Parte o Denuncia Policial	<input type="checkbox"/>	Parte o Denuncia Policial
<input type="checkbox"/>	Certificado de defunción de la víctima	<input type="checkbox"/>	Certificado de defunción de la víctima
<input type="checkbox"/>	Documento que acredite el grado de prelación:	<input type="checkbox"/>	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).	REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS	
	d) <u>Padres</u> : Partida de nacimiento del fallecido.	<input type="checkbox"/>	Parte o Denuncia Policial
	e) <u>Hermanos</u> : Partida de nacimiento	<input type="checkbox"/>	Informe Médico
	f) Declaratoria de Herederos	<input type="checkbox"/>	Comprobantes de pago
INCAPACIDAD TEMPORAL		INVALIDEZ PERMANENTE	
<input type="checkbox"/>	Parte o Denuncia Policial	<input type="checkbox"/>	Parte o Denuncia Policial
<input type="checkbox"/>	Certificado médico que acredite la incapacidad temporal	<input type="checkbox"/>	Certificado médico que acredite la invalidez permanente

Documentación e Información adicional para el caso de Indemnización por muerte
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta 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 ()

FIRMA
DNI: