



Dirección: Las Begonias 475 Piso 3 San Isidro - Lima
Tel: 411-3000 Fax: 421-0555
EMERGENCIA: LIMA-411 - 1111 PROVINCIAS: 0800 - 411 - 11

01-08158174-2 A

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

N° PÓLIZA - CERTIFICADO: _____
VIGENCIA DE LA PÓLIZA
 DESDE: _____
 HASTA: _____
 Esta vigencia es de uso exclusivo para el control policial, no afectándose el derecho a indemnización en caso de ocurrencia de accidente de tránsito durante la vigencia de cobertura, tras el control policial.

CONTRATANTE
 NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES) O RAZÓN SOCIAL: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD / RUC: _____
 DISTRITO: _____
 DIRECCIÓN: _____
 DEPARTAMENTO: _____
 PROVINCIA: _____

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

IDENTIFICACIÓN
 PLACA: _____
 CATEGORÍA / CLASE: _____
 MARCA: _____
 MODELO: _____
 VIN/N° DE SERIE: _____

El presente certificado acredita que el vehículo identificado está asegurado por la compañía que lo expide, según las condiciones establecidas en el formato único de póliza SOAT, aprobado por la R.M. N° 306 - 2002 - MTC, y sus modificatorias, durante todo el plazo de vigencia aquí señalado.



COMPañIA DE SEGUROS
 FIRMA DEL CONTRATANTE: _____
 FECHA: _____
 HORA DE EMISIÓN: _____
 MONTO DE LA PRIMA: _____

Los establecimientos de salud públicos y privados están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia en caso de la ocurrencia de un accidente de tránsito, conforme a lo dispuesto en los artículos 3 y 39 de la Ley No. 26842, Ley General de Salud y su Reglamento.

Lo que usted debe saber:

- Su vida es primero. En caso de un accidente de tránsito, pida que lo trasladen al Establecimiento de Salud más cercano o asista a la persona afectada.
- En caso de accidente de tránsito llame de inmediato al teléfono de la Compañía de Seguros con la que contrató el SOAT.
- Por Ley N° 26842, Ley General de Salud, los Establecimientos de Salud están obligados a prestar atención médica de emergencia a las víctimas de un accidente de tránsito.
- Las lesiones sufridas por los ocupantes de un vehículo en un accidente de tránsito, que serán atendidas por el SOAT contratado por cada uno de los vehículos, que participaron en el mismo.
- Los beneficiarios de los fallecidos en un accidente de tránsito cubiertos por el SOAT, tienen dos (2) años para reclamar en la Compañía de Seguros la indemnización por muerte de 4 UIT.
- Las indemnizaciones por muerte en un accidente de tránsito que no hayan sido reclamadas durante los dos (2) años de ocurrido el fallecimiento de la víctima del accidente de tránsito, por norma del MTC, se transfieren al "Fondo de Compensación" administrado por dicho Ministerio.
- El conductor, el propietario del vehículo y, de ser el caso, el prestador del servicio de transporte terrestre, son solidariamente responsables por los daños y perjuicios causados por un accidente de tránsito.
- El Asegurado da su consentimiento libre, previo, expreso, inequívoco e informado para el tratamiento y transferencia de sus datos personales.

Impreso en: ENOTRIA SA. Telfs: 317-1600 317-1601 317-1602 Fax: (51-1) 317 1628 www.enotriasa.com

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

IDENTIFICACIÓN
 PLACA: _____
 CATEGORÍA / CLASE: _____
 MARCA: _____
 MODELO: _____
 VIN/N° DE SERIE: _____

El presente certificado acredita que el vehículo identificado está asegurado por la compañía que lo expide, según las condiciones establecidas en el formato único de póliza SOAT, aprobado por la R.M. N° 306 - 2002 - MTC, y sus modificatorias, durante todo el plazo de vigencia aquí señalado.



COMPañIA DE SEGUROS
 FIRMA DEL CONTRATANTE: _____
 FECHA: _____
 HORA DE EMISIÓN: _____
 MONTO DE LA PRIMA: _____

Los establecimientos de salud públicos y privados están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia en caso de la ocurrencia de un accidente de tránsito, conforme a lo dispuesto en los artículos 3 y 39 de la Ley No. 26842, Ley

CERTIFICADO DE SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO - SOAT 2016
Reglamento aprobado por D.S. N° 024-2002-MTC y sus modificatorias.



Dirección: Las Begonias 475 Piso 3 San Isidro - Lima / Tel: 411-3000 Fax: 421-0555
 EMERGENCIA: LIMA-411 - 1111 PROVINCIAS: 0800 - 411 - 11

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

N° PÓLIZA - CERTIFICADO: _____
VIGENCIA DE LA PÓLIZA
 DESDE: _____
 HASTA: _____
 Esta vigencia es de uso exclusivo para el control policial, no afectándose el derecho a indemnización en caso de ocurrencia de accidente de tránsito durante la vigencia de la cobertura, que es de un año.

CONTRATANTE
 NOMBRE (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRES) O RAZÓN SOCIAL: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD / RUC: _____
 DISTRITO: _____
 DIRECCIÓN: _____
 DEPARTAMENTO: _____
 PROVINCIA: _____

DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

IDENTIFICACIÓN
 PLACA: _____
 CATEGORÍA / CLASE: _____
 MARCA: _____
 MODELO: _____
 VIN/N° DE SERIE: _____

El presente certificado acredita que el vehículo identificado está asegurado por la compañía que lo expide, según las condiciones establecidas en el formato único de póliza SOAT, aprobado por la R.M. N° 306 - 2002 - MTC, y sus modificatorias, durante todo el plazo de vigencia aquí señalado.



COMPañIA DE SEGUROS
 FIRMA DEL CONTRATANTE: _____
 FECHA: _____
 HORA DE EMISIÓN: _____
 MONTO DE LA PRIMA: _____

Los establecimientos de salud públicos y privados están obligados a prestar atención médica quirúrgica de emergencia en caso de la ocurrencia de un accidente de tránsito, conforme a lo dispuesto en los artículos 3 y 39 de la Ley No. 26842, Ley