ORIGINAL ASEGURADO *N° Folio* **24 - 9626304173**

Este certificado acredita que el vehículo aquí individualizado está asegurado contra el riesgo de Accidentes Personales de acuerdo a la Ley Nº 18.490 y a la Póliza del Seguro Obligatorio de Accidentes Personales Causados por Vehículos Motorizados, incorporada en el Depósito de Pólizas de la Comision para el mercado financiero, Bajo el código POL320130487.

Renta NACIONAL

Casa Matriz Amunategui 178, Santiago Centro,

Santiago Chile, Fono 26700202

POLIZA N° **5304173 - L**

Consultas sobre la vigencia de este seguro en www.rentanacional.cl o en el tel: 226700202

CERTIFICADO SEGURO OBLIGATORIO ACCIDENTES PERSONALES ELECTRONICO LEY 18.490.

INSCRIPCION R.V.M.: **JG4132-2**				
TIPO DE VEHICULO: **SEMIRREMOLQUE**				
MARCA: **TERSAINOX**		PROPIETARIO: **GOMEZ Y GOMEZ LIMITADA**		
MODELO: **2452 3**	AÑO: **2011**	RUT: **78.868.500-9**	RIGE DESDE: **01-10-2024**	HASTA: **30-09-2025**
NUMERO DE MOTOR: **NO REGISTRA**		PRIMA: **$5.950**		

FIRMA APODERADO COMPAÑIA

IMPORTANTE: INFORMACION SOBRE ESTE SEGURO

COBERTURA: El SOAP cubre la muerte, incapacidad permanente y gastos médicos producto de lesiones sufridas a consecuencia de accidentes de tránsito en que intervenga el vehículo asegurado, sus remolques o sus cargas.

Los gastos médicos comprenden: atención prehospitalaria, transporte sanitario, hospitalización, atención médica y quirúrgica, dental, prótesis e implantes, gastos farmacéuticos y gastos por concepto de rehabilitación de las victimas.

PERSONAS CUBIERTAS: El conductor, las personas transportadas en el vehículo asegurado y cualquier tercero afectado en el accidente. En caso de muerte del accidentado la indemnización se pagará a sus beneficiarios, en el siguiente orden de precedencia: el cónyuge, los hijos menores de edad, los hijos mayores de edad, los padres, la madre de los hijos de filiación no matrimonial del fallecido y, a falta de los anteriores, sus herederos legales.

INDEMNIZACIONES: - 300 UF en caso de muerte, previa deducción de los gastos médicos **- 300 UF** en caso de incapacidad permanente total, evento en el cual no se deducen los gastos médicos **-** hasta **200 UF** en caso de incapacidad permanente parcial, según su grado **-** hasta **300 UF** por gastos médicos. Las indemnizaciones por muerte e incapacidad total y parcial no son acumulables. Si se hubiere pagado una incapacidad permanente parcial y el accidentado con posterioridad y a consecuencia del mismo accidente falleciere o se determinare su incapacidad permanente total, el asegurador sólo pagará el remanente hasta el equivalente de **300 UF**.

En el caso de incapacidad permanente parcial, los pagos por gastos médicos sumados a la indemnización que corresponda pagar por dicha incapacidad, no podrá exceder el equivalente a **300UF**.

QUE HACER EN CASO DE ACCIDENTE: El afectado o quien actúe por él, debe asegurarse que ha quedado estampada la denuncia en una unidad de Carabineros, donde se identifique la fecha, hora y lugar del accidente, las personas lesionadas o fallecidas y los datos de los vehículos involucrados (al menos patente, número de póliza y aseguradora que emitió el SOAP).

COMO COBRAR EL SOAP: Debe presentarse la solicitud en las oficinas de la aseguradora, adjuntando **Certificado** otorgado por el Tribunal competente o el Ministerio Público para el cobro del SOAP, y:

- En caso de muerte: certificado de defunción del fallecido y libreta de familia u otro documento que acredite legalmente la calidad de beneficiario.
- En caso de incapacidad permanente: **certificado otorgado por el médico tratante** que acredite la incapacidad (naturaleza y grado).
- En caso de gastos médicos: **comprobantes de pago** (boletas, facturas) de los gastos, junto con órdenes de exámenes o tratamientos y recetas de medicamentos.

También puede efectuarse el cobro directamente por la entidad hospitalaria o previsional que presta el servicio.

El **plazo** para cobrar este seguro es de **un año** a contar de la fecha del accidente o de la muerte del afectado.

Para mayor información consulte en la Compañía de Seguros (Fono 2670 0202 o en www.rentanacional.cl) o en el sitio Web la Comisión del Mercado Financiero (www.cmf.cl).

SERIE AB Nº **00109422**

PERMISO DE CIRCULACIÓN **VENCIMIENTO: 30/09/2025**

MUNICIPALIDAD DE SAN CARLOS AÑO **2024**

2 - CONTRIBUYENTE

VEHÍCULO **SEMI REMOLQUE** MARCA **TERSAINOX** AÑO **2011**

COLOR **PLATEADO** MODELO **2452 3**

CARGA **30,000** AST. **0** MOTOR PTS. **0**

CONTRIBUYENTE: **GOMEZ Y GOMEZ LTDA.**

RUT.: **078868500-9**

No acredita dominio de vehículo

PERIODO **2024**

PLACA ÚNICA **JG-4132-2**

TOTAL

TOTAL PAGADO **49,475**

CUOTA 1

CUOTA 2 **XXX**

CÓDIGO S.I.I.

CC. COMB. TRM. EQU.

TESORERIA MUNICIPAL CAJA 29 OCT 2024 PAGADO

PIRMA Y TIMBRE CAJERO

SAN CARLOS