

**ANEXO I
FORMULARIO DE CONTROL
DE SINIESTRO SOATC
(ANVERSO Y REVERSO)**

(ANVERSO)

FORMULARIO DE CONTROL DE SINIESTRO SOATC

N° Certificado de cobertura: _____ N° de siniestro: _____

Fecha denuncia de siniestro: _____

Nombre completo del Asegurado: _____

DOCUMENTACIÓN PRESENTADA

A)	Para cobertura de Gastos médicos:	fecha de presentación			
1.	Copia simple del documento que identifique al accidentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del Trabajador de la construcción, indicando el nombre del Trabajador de la construcción accidentado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Original o copia legalizada de certificado médico; este documento podrá ser reemplazado por un Informe Médico, cuando exista impedimento justificado o causales de fuerza mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Original de facturas o recibos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B)	Para cobertura de Incapacidad total permanente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	Copia simple del documento que identifique al accidentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del Trabajador o Trabajadora de la Construcción accidentado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Original o copia legalizada de dictamen de Declaración de invalidez total permanente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Original de facturas o recibos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C)	Para cobertura de Muerte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.	Copia simple del documento que identifique al Asegurado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Original del Certificado de Defunción o Certificado del médico forense, que podrá ser reemplazado por un certificado médico, cuando exista impedimento justificado o causal de fuerza mayor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Original de Declaración Jurada del Contratante y/o Subcontratante, o en su defecto de dos testigos, ante Notario de Fe Pública, en la cual señale el día, hora, lugar, circunstancias en las cuales se produjo el Accidente de construcción, indicando el nombre del Trabajador o Trabajadora de la construcción accidentado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Original de Cédula de Identidad o documento que identifique al beneficiario (En caso de designación).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Original o copia legalizada del Testimonio de Aceptación de Herencia y copia simple de certificado de ascendencia o descendencia del Servicio de Registro Cívico (En caso de no haberse designado beneficiario).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Original de facturas o recibos (en caso de atención médica).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma de Responsable Entidad Pública de Seguros

Sello Entidad Pública de Seguros

OBSERVACIONES:

(REVERSO)

DETALLE DE FACTURAS RECEPCIONADAS:

	N° de Factura	Monto	Sigla Emisor	Fecha de recepción
1.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18.	<input type="text"/>	Bs. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES:

**ANEXO II
REPORTES ESTADÍSTICOS**

- **PRODUCCIÓN**
- **MONETARIO DE SINIESTROS**
- **NO MONETARIO DE SINIESTROS**

**AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS
 REPORTE ESTADÍSTICO DE PRODUCCIÓN SOATC**

ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:

MES:

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	NÚMERO DE PÓLIZAS	PRIMA NETA (Bs).
LA PAZ		
Trabajadora		
Trabajador		
COCHABAMBA		
Trabajadora		
Trabajador		
SANTA CRUZ		
Trabajadora		
Trabajador		
ORURO		
Trabajadora		
Trabajador		
POTOSÍ		
Trabajadora		
Trabajador		
CHUQUISICA		
Trabajadora		
Trabajador		
TARIJA		
Trabajadora		
Trabajador		
BENI		
Trabajadora		
Trabajador		
PANDO		
Trabajadora		
Trabajador		
TOTAL NACIONAL		
Trabajadora		
Trabajador		

Nota. Los valores presentados deberán concordar exactamente con la información contenida en los Estados de Resultados y Partes de Producción y Sinistros mensuales remitidos por la Entidad.

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS
REPORTE ESTADÍSTICO MONETARIO DE SINIESTROS SOATC
 (Expresado en Bolivianos)

ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:

MES:

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	SINIESTROS POR GASTOS MÉDICOS	SINIESTROS POR INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE	SINIESTROS POR MUERTE	TOTAL GENERAL
LA PAZ				
Trabajadora				
Trabajador				
COCHABAMBA				
Trabajadora				
Trabajador				
SANTA CRUZ				
Trabajadora				
Trabajador				
ORURO				
Trabajadora				
Trabajador				
POTOSÍ				
Trabajadora				
Trabajador				
CHUQUISICA				
Trabajadora				
Trabajador				
TARIJA				
Trabajadora				
Trabajador				
BENI				
Trabajadora				
Trabajador				
PANDO				
Trabajadora				
Trabajador				
TOTAL NACIONAL				
Trabajadora				
Trabajador				

Nota. Los valores presentados deberán concordar exactamente con la información contenida en los Estados de Resultados y Partes de Producción y Siniestros mensuales remitidos por la Entidad.

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS
REPORTE ESTADÍSTICO NO MONETARIO DE SINIESTROS SOATC
ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:
MES:

DEPARTAMENTO POR GÉNERO	NÚMERO DE PÓLIZAS SINIESTRADAS
LA PAZ	
Trabajadora	
Trabajador	
COCHABAMBA	
Trabajadora	
Trabajador	
SANTA CRUZ	
Trabajadora	
Trabajador	
ORURO	
Trabajadora	
Trabajador	
POTOSÍ	
Trabajadora	
Trabajador	
CHUQUISICA	
Trabajadora	
Trabajador	
TARIJA	
Trabajadora	
Trabajador	
BENI	
Trabajadora	
Trabajador	
PANDO	
Trabajadora	
Trabajador	
TOTAL NACIONAL	
Trabajadora	
Trabajador	

Nota. Los valores presentados deberán concordar exactamente con la información contenida en los Partes de Producción y Siniestros mensuales remitidos por la Entidad.

ANEXO III
REPORTE DE FALLECIDOS SOATC



ESTADO PLURINACIONAL DE
BOLIVIA

**ANEXO IV
REPORTE DE SINIESTROS SOATC**

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS
REPORTE DE SINIESTROS
Información agregada de siniestros

ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:
TRIMESTRE:

Periodo	Depto.	Cobertura	Número siniestro s pagados en el mes	Tiempo promedio inicio – aviso en días	Tiempo promedio inicio- pagado en días	Monto promedio de indemnización en BOB	Observación
202001	1	Gastos					
202001	1	Invalidez					
202001	1	Muerte					
202002	1	Gastos					
202002	1	Invalidez					
202002	1	Muerte					
202003	1	Gastos					
202003	1	Invalidez					
202003	1	Muerte					

Cuadro ejemplo que corresponde al primer trimestre del año 2020 para el departamento de Chuquisaca.
Nota según orden de campos:

- 1) Periodo: formato AAAAMM (AñoMes)
- 2) Código de Departamento: 1 Chuquisaca, 2 La Paz, 3 Cochabamba, 4 Oruro, 5 Potosí, 6 Tarija, 7 Santa Cruz, 8 Beni, 9 Pando.
- 3) Cobertura.
- 4) Número de siniestros pagados en el mes.
- 5) Tiempo promedio inicio – aviso: tiempo transcurrido en días calendario entre la fecha de Inicio de Vigencia de Cobertura y la fecha de Aviso o Denuncia de Siniestro.
- 6) Tiempo promedio inicio-pago: tiempo transcurrido en días calendario entre la fecha de Inicio de Vigencia de la Cobertura y la fecha de Pago de indemnización del Siniestro.
- 7) Observaciones: cualquier información que la Entidad considere relevante.

AUTORIDAD DE FISCALIZACIÓN Y CONTROL DE PENSIONES Y SEGUROS – APS

REPORTE DE SINESTROS
Información Casos de Rechazo

ENTIDAD PÚBLICA DE SEGUROS:
TRIMESTRE:

Correlativo	Depto.	Periodo	Número Certificado de Cobertura o Cedula de Identidad Nombre	Cobertura de reclamo	Fecha de inicio de vigencia de Cobertura	Fecha Aviso de siniestro	Fecha de siniestro	Fecha aviso de rechazo	Motivo de rechazo	Observaciones y/o comentarios
1	1	AAAAMM	SOATC-000001	gastos	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD		
2	2	AAAAMM	1234567LP- Andrés Castro	muerte	0	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD		
3	3	AAAAMM	SOATC-000030	invalidez	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD	AAAAMMDD		

Notas según orden de campos:

- 1) Correlativo: número de registro correlativo
- 2) Código de Departamento: 1 Chuquisaca, 2 La Paz, 3 Cochabamba, 4 Oruro, 5 Potosí, 6 Tarija, 7 Santa Cruz, 8 Beni, 9 Pando.
- 3) Número de Certificado de Cobertura o Cedula de Identidad – Nombre: Certificados de cobertura debidamente codificados por la Entidad. Si la persona que reclama el siniestro, no tiene Certificado de cobertura, deberá registrarse el número de Carnet seguido del Nombre y apellido de la persona.
- 4) Cobertura afectada.
- 5) Fecha de Aviso o Denuncia del Siniestro: formato AAAAMMDD (AñoMesDía)
- 6) Fecha de Ocurrencia del Siniestro: formato AAAAMMDD (AñoMesDía)
- 7) Fecha de Aviso de Rechazo, refiere a la fecha de pronunciamiento de la Entidad.
- 8) Motivo de Rechazo: Descripción breve y precisa de la causal de rechazo.
- 9) Observaciones: cualquier información que la Entidad considere relevante.