



FORMULARIO DE RECLAMO
OBLIGACION LEGAL AUTONOMA
VEHICULOS AUTOMOTORES Y/O REMOLCADOS
TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS
Persona Jurídica

* Aseguradora _____
Póliza N° _____ Sinistro N° _____

1. FECHA DEL SINIESTRO (-)

Fecha ___ / ___ / ___ Hora _____

2. LUGAR DEL SINIESTRO (-)

Localidad _____ Provincia _____
Pais _____ Calle _____ N° _____
Intersección de / Entre _____ y _____
Ruta N° _____ km. _____ nacional _____ provincial _____ cruce con ruta N° _____

3. DATOS DEL DAMNIFICADO (Paciente) (-)

Nombre y Apellido _____ Género F. ___ M. ___
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ Pais _____
Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / ___

Relación con el asegurado (Marcar con X)	Conductor otro vehículo _____
	Pasajero vehículo asegurado _____
	Pasajero en otro vehículo _____
	Peatón _____

4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido _____ Género F. ___ M. ___
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C.P. _____
Localidad _____ Provincia _____ Pais _____

5. DATOS DEL TITULAR DE LA POLIZA

Nombre y Apellido o Razón Social _____
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ C P _____



Localidad _____ Provincia _____ País _____

En caso de coincidir el Asegurado con el Conductor, no deberá completarse el presente punto.

6. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO (-)

Marca _____ Modelo (optativo) _____
Tipo _____ Dominio _____

Para el caso de existir otro vehículo involucrado, se deberán completar nuevamente los puntos 3, 4 y 5.

7. DOCUMENTACION ADJUNTA

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito.
2. Copia de Documento Nacional de Identidad de la víctima.
3. Nota dirigida al presidente de la entidad aseguradora donde figuren los datos completos de la entidad reclamante (NOTA DE RECLAMO OBLIGACIÓN LEGAL AUTONOMA).
4. Certificado médico expedido por el médico tratante.
5. Factura de la entidad reclamante por los gastos incurridos, detallándose en la misma material utilizado, prestaciones médicas brindadas, indicando el costo de dichos insumos de acuerdo al Nomenclador utilizado.

8. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de declaración jurada

Lugar _____ Firma _____
Fecha ___ / ___ / ___
Hora _____ Aclaración _____

IMPORTANTE: Llene todos los campos que están marcados como obligatorios. En caso de no contar con los datos requeridos por el presente formulario, se solicita completar con los datos con que se cuente.

* Datos obligatorios