



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

* Aseguradora _____
Póliza N° _____ Sinistro N° _____

1. FECHA DEL SINIESTRO (-)

Fecha ___ / ___ / ___ Hora _____

2. LUGAR DEL SINIESTRO (-)

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

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

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

4. 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.-

5. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO (-)

Marca _____ Modelo (optativo) _____
Tipo _____ Dominio _____

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

6. DATOS DEL DAMNIFICADO (En caso de Sepelio) (-)

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



Estado Civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Relación con el asegurado
(Marcar con X)

Conductor otro vehículo _____
Pasajero vehículo asegurado _____
Pasajero en otro vehículo _____
Peatón _____

7. DOCUMENTACION ADJUNTA (En caso de Sepelio)

Se deberá presentar

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito.
2. D.N.I. del reclamante.
3. Certificado de defunción original o copia certificada del mismo.
4. Comprobante original de los gastos realizados por el sepelio.

8. DATOS DEL DAMNIFICADO (En caso de Gastos Sanatoriales) (-)

Nombre y Apellido _____ Género F ___ M ___

Tipo y Nº documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Estado civil _____ Fecha de Nacimiento ___ / ___ / _____

Relación con el asegurado
(Marcar con X)

Conductor otro vehículo _____
Pasajero vehículo asegurado _____
Pasajero en otro vehículo _____
Peatón _____

9. DOCUMENTACION ADJUNTA (En caso de Gastos Sanatoriales)

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. Documentación que acredite la calidad de tercero subrogante de los derechos de la víctima (en caso de corresponder).
4. Certificado médico expedido por el médico tratante.
5. Comprobantes originales de pago de gastos sanatoriales que acrediten el costo de los gastos médicos en que se haya incurrido para el tratamiento de la víctima.

10. DATOS DEL DENUNCIANTE (-)

Nombre y Apellido _____ Género F ___ M ___

Tipo y Nº documento _____ Teléfono _____

Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ País _____

Vínculo con el damnificado _____

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

Lugar _____ Firma _____



PROVIDENCIA
SEGUROS

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