

Formulario de reclamo obligación legal autónoma, vehículos
automotores y/o remolcados transportes públicos de pasajeros

Anexo III
Persona Jurídica

DATOS DEL SEGURO

Aseguradora (*) Póliza: Siniestro N.º

Razón Social / Organismo / Tomador

1. FECHA DEL SINIESTRO (*)

Fecha (*) Hora:

2. LUGAR DEL SINIESTRO (*)

Localidad: Provincia: País:

Calle: N.º Intersección de / Entre y

Ruta: Km: Nacional Provincial Cruce con Ruta N.º

3. DATOS DEL DAMNIFICADO (Paciente) (*)

Nombre y Apellido: Género: F M

Tipo y N.º de Documento: Teléfono:

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País:

Estado Civil: Fecha de Nacimiento:

Relación con el Asegurado Conductor otro vehículo Pasajero vehículo Asegurado Pasajero en Otro vehículo Peatón

4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

Nombre y Apellido: Tipo y N.º de Doc: Género: F M

Domicilio: CP:

Localidad: Provincia: País: Teléfono:

Formulario de reclamo obligación legal autónoma, vehículos
automotores y/o remolcados transportes públicos de pasajeros

Anexo III
Persona Jurídica

5. DATOS DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

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

Nombre y Apellido o Razón Social:

Tipo y N.º de Documento:

Domicilio:

CP:

Localidad:

Provincia:

País:

Teléfono:

6. DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO (*)

(En caso de existir otro vehículo involucrado, se deberán completar nuevamente los puntos 3, 4 y 5)

Marca:

Modelo (Optativo):

Tipo:

Dominio:

7. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Se deberá presentar:

1. Copia de la Denuncia Policial en la que conste la ocurrencia del accidente de tránsito
2. Copia del 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 AUTÓNOMA)
4. Certificado médico expedido por el médico tratante
5. Factura de la entidad reclamante por los gastos incurridos, detallándose en el mismo material utilizado, prestaciones médicas brindadas, indicando el costo de dichos insumos de acuerdo con el Nomenclador utilizado

Formulario de reclamo obligación legal autónoma, vehículos
automotores y/o remolcados transportes públicos de pasajeros

Anexo III
Persona Jurídica

PAGINA 3 de 4

8. Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada

Lugar:

Fecha:

Hora:

IMPORTANTE:

Llene todos los campos que estén 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.

Firma:

Aclaración:

(*) Datos Obligatorios

Formulario de reclamo obligación legal autónoma, vehículos
automotores y/o remolcados transportes públicos de pasajeros

Anexo III
Persona Jurídica

Sr. PRESIDENTE DE

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted en mi carácter de _____ del Hospital/ Centro de salud público _____, sito en _____, a fin de realizar formal reclamo por recupero de gastos senatoriales, según lo establecido por el Art. 68 de la Ley N.º 24.449, por los gastos incurridos en la atención médica brindada al paciente Sr.

D.N.I. _____, Nacionalidad _____, Edad _____, domiciliado en, _____ quien sufriera un accidente de tránsito con fecha _____ en la calle _____, localidad _____, Provincia _____ de _____, siendo ingresado a este nosocomio con fecha _____, donde le fue diagnosticado

El presente reclamo es iniciado por ante Vuestra entidad, ya que en el acaecimiento del siniestro mencionado precedentemente intervino el vehículo marca _____ modelo _____ dominio _____, asegurado por ante Vuestra entidad según póliza _____ (en el caso de contar con los datos de la misma), y cuya titularidad pertenece al Sr.

D.N.I. _____ domiciliado en _____

Asimismo se acompaña, certificado médico expedido por el médico tratante y comprobante de los gastos incurridos, detallándose las erogaciones realizadas por esta entidad hospitalaria en la atención médica brindada al Sr.

Cabe destacar que conforme lo dispuesto por el Art. 68 párrafo 5to de la Ley N.º 24.449 el acreedor por los servicios de gastos sanatoriales y/o velatorio puede subrogarse en el crédito del tercero o sus derechohabientes.

Por todo lo expuesto, se solicita se proceda a dar curso al presente reclamo por los gastos de atención médica brindada al Sr. _____ los cuales ascienden a la suma de pesos

_____ (\$ _____), de acuerdo a lo establecido por la Obligación Legal Autónoma.

Sin otro particular los saludo atentamente

Lugar y Fecha

Firma

Sello