

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

* Aseguradora _____
Póliza N° _____ Siniestro 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 DAMNIFICADO (Paciente) (+)

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	_____

4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

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

5. DATOS DEL TITULAR DE LA POLIZA

Nombre y Apellido o Razón Social _____
Tipo y N° documento _____ Teléfono _____
Domicilio _____ IF-2018-09091059-APN-GTYN#SSN

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

NOTA DE RECLAMO OBLIGACION LEGAL AUTONOMA

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 sanatoriales, según lo establecido por el Art. 68 de la Ley 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 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 lo saludo atentamente.

Firma y sello

Lugar y Fecha

IF-2018-09091059-APN-GTYN#SSN