

| | |
|---------------|------------|
| *Aseguradora: | |
| Póliza N°: | Siniestro: |

1. FECHA DEL SINIESTRO (*)

| | |
|--------|-------|
| Fecha: | Hora: |
|--------|-------|

2. LUGAR DEL SINIESTRO (*)

| | | | | |
|--|------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Localidad: | Provincia: | | | |
| País: | Calle: | N°: | | |
| Intersección de / Entre: _____ y _____ | | | | |
| Ruta N°: | Km: | Nacional <input type="checkbox"/> | Provincial <input type="checkbox"/> | Cruce con ruta N°: |

3. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

| | | |
|-----------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| Nombre y Apellido: | Género: F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> |
| Tipo y Número de Documento: | Teléfono: | |
| Domicilio: | C.P.: | |
| Localidad: | Provincia: | País: |

4. 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 Número de Documento: | Teléfono: | |
| Domicilio: | C.P.: | |
| Localidad: | Provincia: | País: |

5. 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.

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

| | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| Nombre y Apellido: | Género: F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | |
| Tipo y Número de Documento: | Teléfono: | | |
| Domicilio: | C.P.: | | |
| Localidad: | Provincia: | País: | |
| Estado Civil: | Fecha de Nacimiento: | | |
| Relación con el Asegurado: | <i>(marcar con una X lo que corresponda)</i> | | |
| Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> | Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> | Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> | Peatón <input type="checkbox"/> |

7. DOCUMENTACIÓN 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 <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> | |
| Tipo y Número de Documento: | Teléfono: | | |
| Domicilio: | C.P.: | | |
| Localidad: | Provincia: | País: | |
| Estado Civil: | Fecha de Nacimiento: | | |
| Relación con el Asegurado: | <i>(marcar con una X lo que corresponda)</i> | | |
| Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/> | Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/> | Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/> | Peatón <input type="checkbox"/> |

E.I.: 09 / 2018

9. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (En caso de Gastos Sanatoriales)

Se deberá presentar:

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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | |
| Tipo y Número de 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: _____

Fecha: _____

Hora: _____

Firma

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.

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