

PERSONA JURÍDICA

## Formulario de reclamo

Obligación legal autónoma.

Vehículos automotores y/o remolcados.

Transporte público de pasajeros.

(\*\*)

Aseguradora:	
Póliza N°:	Siniestro N°:

### 1. FECHA DEL SINIESTRO (\*\*)

Fecha:        /        /	Hora:
--------------------------	-------

### 2. LUGAR DEL SINIESTRO (\*\*)

Localidad:		Provincia:	
País:	Calle:	N°:	
Intersección de / Entre:			
Ruta N°:	km.:	Nacional:	Provincial:
		Cruce con ruta N°:	

### 3. DATOS DEL DAMNIFICADO (Paciente) (\*\*)

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

### 5. DATOS DEL TITULAR DE LA POLIZA

Nombre y Apellido o Razón Social:					
Tipo y N° de 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. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA**

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. 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 obligación legal autónoma

**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