

PERSONA FÍSICA

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 CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

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

4. 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.

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	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				

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		M
Tipo y Nº 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					

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		M
Tipo y Nº 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:	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 (*)