

*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 DAMNIFICADO (Paciente)(*)

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: _____ (marcar con una X lo que corresponda)			
Conductor otro vehículo <input type="checkbox"/>	Pasajero vehículo asegurado <input type="checkbox"/>	Pasajero otro vehículo <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>

4. 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:

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

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

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 AUTÓNOMA).
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: _____

Fecha: _____

Hora: _____

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.

Firma

Aclaración

* 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