

(*) 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 MDocumento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Estado civil: _____ Fecha de nacimiento: _____

- Relación con el asegurado:
-
- Conductor otro vehículo
-
-
- Pasajero vehículo asegurado
-
-
- Pasajero en otro vehículo
-
-
- Peatón

4. Datos del conductor del vehículo aseguradoNombre y Apellido: _____ Género: F MDocumento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

5. Datos del titular de la póliza

Nombre y Apellido: / Razón Social: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ 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: _____

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 y 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 cuenta.**(*) Datos Obligatorios**