

**FORMULARIO DE RECLAMO**  
**OBLIGACION LEGAL AUTONOMA**  
**VEHICULOS AUTOMOTORES Y/O REMOLCADOS**  
**TRANSPORTE PUBLICO DE PASAJEROS**  
**Persona Física**

\* 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 CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO

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

4. DATOS DEL TITULAR DE LA POLIZA

Nombre y Apellido o Razón Social \_\_\_\_\_

Tipo y N° 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 Nº 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. DOCUMENTACION 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 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. DOCUMENTACION ADJUNTA (En caso de Gastos Sanatoriales)**

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 documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Vinculo 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