

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

\* Aseguradora \_\_\_\_\_  
Póliza N° \_\_\_\_\_ Sinistro 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 N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

IE-2018-09090942-APN-GTYN#SSN

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 \_\_\_\_\_ 2018-09090942-APN-GTYN#SSN

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

IF-2018-09090942-APN-GTYN#SSN