

# ACCIDENTE DE TRÁNSITO

INFORMACIÓN DE SINIESTRO



**Sr/a. beneficiario/a:** el objeto de este formulario es que la Obra Social recupere a través de la compañía de seguro del tercero, los gastos médicos que OSPEDYC le brinde a usted a raíz del accidente. **Cualquier duda o consulta puede comunicarse al 011 5353 3565.**

## DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha: .....  
Calle: .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Comisaría interviniente: .....

## DATOS DEL AFILIADO

Apellido/s y nombre/s: .....  
DNI - LE - LC: .....  
Número de legajo: .....  
Teléfono celular: ..... Teléfono fijo: .....  
Correo electrónico: .....

## DATOS DEL TERCERO

Nombre: .....  
CUIT: .....  
Teléfono: .....

## VEHÍCULO DEL TERCERO

Marca: .....  
Modelo: .....  
Patente: .....  
Compañía de seguro: .....

## BREVE DESCRIPCIÓN DEL HECHO

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

F. 2200

Puede acercarse el formulario completo y copia del acta policial a **su seccional** o enviar la versión digital por correo electrónico a **auditores@ospedyc.org.ar** o por **WhatsApp al 11 2169 2273**.