

## **Guía Informativa para reclamar el cobro de la Obligación Legal Autónoma (O.L.A.)**

### **¿Qué es la O.L.A. del Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil?**

Es una obligación de cobertura por la cual las Aseguradoras tienen el deber de cubrir los Gastos Sanatoriales y de Sepelio que se deban afrontar producto de un accidente de tránsito sin necesidad de tenerse probada la responsabilidad de su Asegurado.

### **¿Qué cubre la O.L.A.?**

Cubre a todas las personas (los terceros ocupantes del/los vehículo/s y/o peatones) que resulten víctimas de un accidente de tránsito en el territorio nacional. Se cubre la Obligación Legal Autónoma por los siguientes conceptos:

1. Gastos Sanatoriales cuya Suma Asegurada aplica por persona.
2. Gastos de Sepelio cuya Suma Asegurada aplica por persona.

### **¿El seguro de vehículos destinados al Transporte Público de Pasajeros cuenta con la O.L.A.?**

Sí. El seguro de los vehículos destinados al transporte público de pasajeros cubre la O.L.A. por los siguientes conceptos:

1. Gastos Sanatoriales cuya Suma Asegurada aplica por persona.
2. Gastos de Sepelio cuya Suma Asegurada aplica por persona.

### **¿Cuál es el plazo para reclamar su cobro?**

La víctima, familiares, personas allegadas o quien pueda subrogarse en sus derechos, según corresponda, tienen un plazo de TRES (3) años desde ocurrido el accidente, para solicitar ante la entidad Aseguradora la indemnización correspondiente.

### **¿Cuál es el plazo para cobrar?**

Una vez producido el reclamo y presentada la documentación correspondiente, la entidad Aseguradora tiene un plazo improrrogable de CINCO (5) días hábiles para liquidar y hacer efectivo el pago.

### **¿Cuáles son los costos para reclamar la O.L.A.?**

Los trámites son gratuitos.

### **¿Cuál es el paso a seguir en caso que exista demora para el cobro de la O.L.A.?**

En caso de producirse alguna controversia o demora en el pago de la **Obligación Legal Autónoma (O.L.A.) puede presentarse la correspondiente denuncia ante la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.**

### **¿Pueden las Aseguradoras negarse al pago, aludiendo a la falta de responsabilidad de su Asegurado respecto del daño?**

No pueden negarse. Los gastos deben ser abonados sin perjuicio de los derechos que la Aseguradora pueda hacer valer luego (Artículo 68 de la Ley Nacional de Tránsito).

### **¿Es necesario que la presentación ante las Aseguradoras las realice a través de un abogado?**

No. El trámite puede ser realizado directamente por el damnificado, familiar, persona allegada, y/o entidad que pueda subrogarse en sus derechos.

## **Gastos Sanatoriales**

### **¿Qué atenciones se consideran Gastos Sanatoriales?**

Se entiende por Gastos Sanatoriales, los gastos de: atención primaria, internación, instrumental quirúrgico y/u hospitalario, gastos farmacéuticos y cualquier otro gasto que sea necesario para la atención de la víctima.

**¿Quién puede solicitar el reembolso de Gastos Sanatoriales?**

Lo puede solicitar la víctima, sus familiares, personas allegadas o entidad, debidamente acreditada, que pueda subrogarse en sus derechos, según corresponda.

**¿Cuál es la documentación a presentar frente a la Aseguradora para solicitar el reintegro de los Gastos Sanatoriales?**

Se deberá presentar:

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. Nota dirigida al presidente de la entidad Aseguradora donde figuren los datos completos de la entidad reclamante (en caso de corresponder).
5. Certificado expedido por el médico tratante.
6. 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 o 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.

**Gastos de Sepelio**

**¿Quién puede solicitar el reintegro de Gastos de Sepelio?**

Lo podrá solicitar únicamente la persona que acredite fehacientemente haber realizado dicho gasto.

**¿Cuál es la documentación a presentar frente a la aseguradora para solicitar el reintegro de Gastos 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.

**ANEXO II  
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 N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo \_\_\_\_\_  
(Marcar con X) 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 N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo \_\_\_\_\_  
(Marcar con X) 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 N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Vínculo 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

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

Persona Jurídica

\* 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 \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_  
Tipo y N° documento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
Estado Civil \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Relación con el asegurado Conductor otro vehículo \_\_\_\_\_  
(Marcar con X) Pasajero vehículo asegurado \_\_\_\_\_  
Pasajero en otro vehículo \_\_\_\_\_  
Peatón \_\_\_\_\_

**4. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO ASEGURADO**

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

**5. 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.

**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. DOCUMENTACION 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 AUTONOMA).
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 \_\_\_\_\_ 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

**NOTA DE RECLAMO OBLIGACION LEGAL AUTONOMA**

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