

**SUBROGACION PARA RECUPERO DE GASTOS SANATORIALES
A FAVOR DEL HOSPITAL NIVEL X NOSOCOMIO.**

El que suscribe:

DNI: de nacionalidad ARGENTINA, de estado civil
..... y de años de edad, domiciliado en
..... TEL:

Manifiesto:

Primero: Que por el presente subrogo al Hospital Nivel X Nosocomio, los Derechos y acciones que me pudieron corresponder contra terceros responsables del accidente y/o compañía de Seguro y/o Aseguradora de Riesgo del Trabajo, que hubieren cubierto este siniestro y/o riesgo y hasta las concurrencias de las sumas desembolsadas por el Hospital Nivel X Nosocomio, por los servicios médicos prestados e insumos farmacológicos, con motivo del siniestro y/o accidente y/o enfermedad laboral, que se refiere al presente, habiendo ingresado en la Fecha:/...../....., hora....., al referido nosocomio. -----

Segundo: Que en circunstancia en que me encontraba:.....

.....
.....
..... el día en (lugar)
.....
.....

Tercero: Que como consecuencia de este siniestro y/o riesgo y/o accidente y/o enfermedad se me prestó atención medica en (área del Hospital).....

El Doctor, realizo el siguiente diagnóstico médico.....

Cuarto: Que si/no hubo intervención policial, la misma se efectuó por intermedio de la seccional de la policía

Quinto: Que si/no hubo testigos. Los datos personales de los mismos son:.....
.....
.....
.....
.....
.....

Sexto: se considera o presume responsable del accidente a:
..... con domicilio en
..... TEL
..... de nacionalidad..... de
años de edad, en razón de (motivo) asegurado en la Compañía de Seguros con domicilio en

Séptimo: que la alteración de la salud al tener vinculación exclusiva con mi trabajo dependiente se configura como.....(accidente de trabajo/enfermedad profesional/accidente itinere), encontrándome asegurado por la A.R.T.
..... con domicilio en
....., siendo mi empleadora el/la
..... que desarrolla la actividad de
con domicilio en....., de la ciudad de.....Provincia de
teléfono....., siendo mis tareas dependientes:.....
.....
.....

Certifico que la firma que antecede pertenece a
..... L.C.-C.I.-D.N.I. N°
.....

.....
Firma del beneficiario

.....
Firma del medico