

*(Nombre de la Compañía de Seguros de la parte culpable del accidente)*

*(calle, ciudad y provincia)*

**Su Referencia:** *(indicar si la conocemos sino incorporar número de matrícula contraria)*

**Mi Referencia:**

Muy Sres. Nuestros:

D./D<sup>a</sup>. *(nombre y apellidos)*, me pongo en contacto con Uds. con motivo del accidente causado por su asegurado *(nombre del conductor contrario o indicar que es desconocido)*, en fecha *(día, mes y año del accidente)* cuando conducía el vehículo matrícula *(número y letras)*.

Circunstancias del hecho: *(hacer una breve descripción. Por ejemplo: venía circulando por Vía Layetana de la ciudad de Barcelona, cuando en el cruce con Paseo de Colón el vehículo de su asegurado no respetó el semáforo que se encontraba en rojo y me colisionó en el lateral izquierdo)*.

Motivo de lo anterior he sufrido diversas lesiones, que acredito mediante la aportación de la siguiente documentación: *(Por ejemplo: parte de urgencias, informes médicos, atestado de policía o parte amistoso de accidente, designa de abogado, etc.)*

La presente **RECLAMACIÓN EXTRAJUDICIAL** cumple con los requisitos exigidos en el art. 7 del Texto Refundido sobre Responsabilidad Civil y Seguro de Circulación de Vehículo a Motor, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2004, por lo que solicito se realice la correspondiente **OFERTA MOTIVADA** en un plazo de tres meses desde su recepción conforme a lo dispuesto por la misma normativa.

Sirva esta reclamación a los efectos de interrumpir el plazo de prescripción.

Sin otro particular, reciban un cordial saludo.