

COBERTURA ACCIDENTE O DESMEMBRAMIENTO

Formulario Solicitud del Beneficio de Incapacidad Parcial Permanente – a ser completado por el asegurado
Formulario Solicitud del Beneficio de Incapacidad Parcial Permanente – a ser completado por el Médico Asistente
Copia del documento del asegurado accidentado
Copia de los dos últimos recibos de sueldo a la fecha del accidente
Certificado del Alta Médica con indicación de secuelas que hubieran quedado

COBERTURA MUERTE

Copia autenticada del certificado de defunción
Formulario Denuncia de Siniestro por Muerte – Informe del Tomador
Formulario Denuncia de Siniestro por Muerte – Informe del Médico Asistente
Copia de los dos últimos recibos de sueldo
Designación de Beneficiarios
Copia del documento de identidad de el/los beneficiarios

COBERTURA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Formulario Solicitud del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente - datos a ser completados por el asegurado
Formulario Declaración de Incapacidad – datos a ser completados por el Médico Asistente
Copia del dictamen de comisión médica (copia de historia clínica en el caso de cópula)
Copia de los dos últimos recibos de sueldo
Copia del documento del asegurado

SO DE SINIESTROS

pletado por el Asegurado y Tomador
pletado por el Médico Asistente

r completados por el Asegurado y Tomador
Asistente
(cónyuges sin relación de dependencia)
