

	Tramite Cobertura		Documentación Beneficiarios																																
	Documento de Identidad del Asegurado	Formulario de Reclamación por Siniestro	Formulario Declaración del Médico sobre la muerte del asegurado	Certificado de Defunción Completo	Parte Policial o Informe Bomberos	Análisis Toxicológico	Informe de Autopsia	Historia Clínica Completa	Historia Clínica del Evento	Copia de los 3 Últimos Recibos de Sueldo	Documento de Identidad de Beneficiarios (*3)	Cónyuge del Asegurado; Partida de Matrimonio y Fotocopia Completa de Libreta de Matrimonio	Hijos del Asegurado; Partidas de Nacimiento y Fotocopia Completa de Matrimonio de los Padres	Padres del Asegurado; Partida de Nacimiento del Asegurado y Fotocopia Completa de Matrimonio de los Padres	Formulario Médico Declaración Relativa a la Incapacidad	Dictamen Oficial de la Incapacidad	Formulario Médico Denuncia de Enfermedades Graves	Formulario Declaración del Médico Asistente por Fractura, Desmembramiento y/o Pérdida Funcional	Prescripciones Médicas con sus correspondientes gastos originales incurridos dentro de los 30 días de ocurrido el accidente	Formulario Información sobre Internación	Formulario de Denuncia de Siniestro - Desempleo	Telegrama o Carta de Despido	Recibo de Liquidación por Egreso	Formulario de Denuncia de Siniestro, Seguro Robo y Compra Protegida	Comprobantes Originales de Gastos	Certificado Laboral por Licencia Médica	Denuncia Robo en Compañía Telefónica	Factura de Compra y Resumen de Tarjeta con Compra de Objetos dañados	Presupuesto de Reparación emitido por un Técnico	Formulario Denuncia de Siniestro - Seguro Hogar					
Muerte Natural o por Enfermedad	Si	Si	Si	Si				Si	(*1)	(*3)	(*3)	(*3)	(*3)	(*3)																					
Muerte Accidental	Si	Si	(*2)	Si	Si	Si	Si	(*2)	Si	(*3)	(*3)	(*3)	(*3)	(*3)																					
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad	Si	Si						Si	(*1)						Si	Si																			
Incapacidad Total y Permanente por Accidente	Si	Si			Si	Si		Si	(*1)						Si	Si																			
Pérdidas Físicas y Parciales por Accidente	Si	Si			Si	Si		Si	(*1)									Si																	
Desmembramiento	Si	Si			Si	Si		Si	(*1)									Si																	
Adelanto por Enfermedad Terminal	Si	Si						Si	Si								Si																		
Enfermedades Críticas	Si	Si						Si									Si																		
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Si	Si			Si	Si		Si										Si	Si																
Renta Diaria por Internación por Enfermedad	Si	Si						Si													Si														
Renta Diaria por Internación por Accidente	Si	Si			Si	Si		Si	(*1)												Si														
Renta Diaria por Pérdida de Ingresos	Si	Si						Si	(*1)						Si												Si								
Fractura de Huesos	Si	Si			Si	Si		Si										Si																	
Incapacidad Total y Temporal por Accidente	Si	Si			Si	Si		Si							Si	Si																			
Desempleo	Si								Si												Si	Si	Si												
Rapiña y/o Hurto de Bolso	Si				Si																			Si	Si	Si									
Compra Protegida	Si				Si																			Si	Si				Si	Si					
Seguro Hogar	Si				Si																								Si	Si	Si				

(\*1) Sólo para Pólizas Colectivas Contratadas a través de Empresas

(\*2) Solamente si el asegurado sobrevivió al accidente y estuvo internado

(\*3) Según Beneficiarios Designados en la Póliza

**IMPORTANTE:**

1. Los documentos enunciados precedentemente son sugeridos por la Compañía para la acreditación de los derechos reclamados. Sin embargo, la Compañía dentro de su proceso de análisis, puede solicitar por escrito información complementaria en caso de considerarla necesaria.
2. La Compañía requerirá documentos originales y autenticados para los siniestros presentados.
3. Los Formularios deben ser completados con una sola tinta sin tachaduras ni enmiendas