



LA HOLANDO

La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S. A.

## **VIDA y ACCIDENTES PERSONALES**

# **Instructivo y documentación a presentar en caso de Siniestros**

- Secciones:**
- 10 – Accidentes Personales**
  - 21 – Plenus**
  - 23 – Vida Colectivo Tradicional**
  - 24 – Vida Individual**
  - 25 – Vida Colectivo Obligatorio**
  - 26 – Vida Colectivo Abierto**

### **INDICE**

---

Página 3    Introducción

---

#### **SEGUROS DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO decreto 1567/74**

Página 4    Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. 1567/74 – Fallecimientos  
ocurridos a partir del 01/01/2011

Página 5    Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Dec. 1567/74 – Fallecimientos  
ocurridos con anterioridad al 31/12/2010

---

#### **SEGUROS DE VIDA COLECTIVO ABIERTO**

- Página 6    ➤ Seguro de Vida Colectivo Abierto Común.
  - Página 6    ➤ Seguro de Vida Colectivo Abierto Lucro Cesante.
  - Página 7    ➤ Seguro de Vida Colectivo Abierto Delta Novo.
  - Página 8    ➤ Seguro de Vida Colectivo Abierto Delta Vida y Salud.
-

### **SEGUROS DE VIDA COLECTIVO TRADICIONAL**

- Página 10 ➤ Seguro de la Ley de Contrato de Trabajo.
  - Página 10 ➤ Seguro de Vida Colectivo - Convenio.
  - Página 11 ➤ Seguro de Vida Colectivo para Personal en Relación de dependencia - OPTATIVOS.
  - Página 12 ➤ Seguro de Vida Colectivo para Grupo de afinidad - Optativo.
  - Página 14 ➤ Seguro de Deudores.
- 

### **SEGUROS DE VIDA INDIVIDUAL – DELTA XXI**

- Página 15 ➤ Delta XXI.
  - Página 16 ➤ Delta Ahorro
- 

### **SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES**

- Página 18 ➤ Accidentes Personales – Seguro Individual
  - Página 18 ➤ Accidentes Personales – Seguro Colectivo
  - Página 19 ➤ Accidentes Personales – Plenus
- 

### **FORMULARIOS**

- Dmp23001 ➤ Denuncia de Fallecimiento – Informe del Acreedor.
- Dmp23002 ➤ Informe del médico tratante.
- Dmp23003 ➤ Denuncia de Fallecimiento – Informe del Empleador
- Dmp23004 ➤ Declaración relativa a la Incapacidad (Formulario con anverso y reverso)
- Dmp23005 ➤ Declaración relativa al accidente (formulario con anverso y reverso)
- Dmp23006 ➤ Denuncia de accidente (formulario con anverso y reverso)
- Dmp23007 ➤ Solicitud de anticipo de la Indemnización por fallecimiento en caso de Enfermedad (formulario con anverso y reverso)
- Dmp23008 ➤ Solicitud de Beneficio por Internación (formulario con anverso y reverso)
- Dmp23016 ➤ Declaración, anticipo por Enfermedades críticas, intervenciones y transplantes. (formulario con anverso y reverso).
- Dmp23017 ➤ Notificación del Fallecimiento – Seguro de Vida Obligatorio ocurridos con anterioridad al 31/03/2009.
- Dmp23018 ➤ Siniestro y/o Indemnización – Terceros.



- Dmp23019 ➤ Siniestro y/o Indemnización – Asegurado.
  - Dmp23020 ➤ Datos del Asegurado y Beneficiario
  - Dmp23021 ➤ Notificación del Fallecimiento – Seguro de Vida Obligatorio ocurridos entre el 01/04/2009 y el 31/03/2010.
  - Dmp23022 ➤ Notificación de Fallecimiento – Seguro de Vida Obligatorio ocurridos entre el 01/04/2010 y el 31/12/2010.
  - Dmp23023 ➤ Notificación de Fallecimiento – Seguro de Vida Obligatorio ocurridos entre el 01/01/2011.
  - Dmp23023-A ➤ Notificación de Fallecimiento – Seguro de Vida Obligatorio – ANEXO A
    - Anexo iii ➤ Declaración del Cónyuge ANEXO iii
  - V2400001 ➤ Declaración del Médico sobre la muerte del Asegurado (formulario con anverso y reverso)
  - V2400003 ➤ Declaración relativa a la Incapacidad. (formulario con anverso y reverso)
  - V2400004 ➤ Declaración relativa al Accidente (formulario con anverso y reverso)
  - V2400005 ➤ Solicitud del Anticipo de la Indemnización por Fallecimiento en caso de Enfermedad Terminal (formulario con anverso y reverso)
-



LA HOLANDO

La Holando Sudamericana Cía. de Seguros S. A.

## Siniestros de Vida y Accidentes Personales

### Introducción

Recuerde que para denunciar un siniestro:

1. Es indispensable realizar la denuncia formal por escrito en formulario provisto por la Compañía, acompañando la documentación que se indica en el presente instructivo, según cada producto y cobertura afectados.
2. Al recibir la denuncia del siniestro, la Compañía dará curso al pago reclamado dentro de los 15 días de su notificación, a menos que ocurra alguna de las siguientes circunstancias:
  - falta de documentación,
  - necesidad de solicitar documentación adicional, o
  - rechazo del siniestro por algún motivo.

En los tres casos que se mencionan, la Compañía deberá manifestarse dentro del plazo de 15 días.

Por tal motivo, es muy importante que la denuncia y/o la recepción de cualquier documentación sean informadas a la mayor brevedad posible a la Sección Vida y A.P. de Casa Central a:

#### **Siniestros de Vida y Accidentes Personales:**

Adriana E. Mortara - [amortara@holansud.com.ar](mailto:amortara@holansud.com.ar) - Tel. (011) 4321-7600 int. 582

Nicolas C. Canaveri - [ncanaveri@holansud.com.ar](mailto:ncanaveri@holansud.com.ar) - Tel. (011) 4321-7600 int. 584

#### **Siniestros PLENUS:**

Únicamente en caso de Accidentes de Plenus 0800-222-7635

Lidia Parodi - [lparodi@holansud.com.ar](mailto:lparodi@holansud.com.ar) - Tel (011)4321-7665

Nancy Peñalva - [npenalva@holansud.com.ar](mailto:npenalva@holansud.com.ar) - Tel (011)4321-7600 int. 215

3. Al analizar el siniestro denunciado, debe verificarse:
    - que la póliza esté emitida y vigente al momento del hecho denunciado,
    - que las primas del seguro hayan sido abonadas en los términos indicados en la Cláusula de Cobranza inserta en la póliza,
    - que la persona que sufrió el siniestro se encuentre incluida dentro de la nómina de asegurados,
    - que la cobertura reclamada forme parte de las coberturas contratadas,
    - que no se haya incurrido en reticencia o falsa declaración, en agravación de riesgo, y que la persona haya sido asegurable al ingresar al seguro,
    - que el siniestro no haya ocurrido con motivo de alguna de las causas excluidas de póliza, ya sea de sus Condiciones Generales y/o cláusulas y/o Anexos adjuntos al contrato de seguros.
    - que el derecho al reclamo no haya prescrito según lo establecido por el Art. 58º de la Ley de Seguros.
-

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO OBLIGATORIO**

Decreto 1567/74 - Reglamentación vigente mediante Resolución Nº 35.333 de la Superintendencia de Seguros de la Nación – Fallecimientos ocurridos **a partir del 01/01/2011.-**

**Riesgo Cubierto: MUERTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Constancia de C.U.I.L. del trabajador.
- Formulario de "Notificación del Fallecimiento" (Dmp23023).
- Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador (S.U.S.S). correspondiente al mes ocurrencia del fallecido.
- Constancia del pago del premio.
- Fotocopia del último recibo de sueldo emitido o liquidación final. Sobre esta copia, firma y sello en original del Empleador a modo de certificación.
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Trabajador fallecido. Sobre esta copia, firma y sello en original del Empleador a modo de certificación.
- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad del Beneficiario.
- Declaración del último domicilio real.
- Original del formulario de "Designación de Beneficiarios" firmado por el Trabajador.

❖ **Si NO existe Designación de Beneficiarios,** o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, deberá agregarse:

- **El/la cónyuge:**

- Constancia de aprobación del beneficio de Derechohabiente expedida por la Administración nacional de la Seguridad Social (ANSES);
- Partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a seis meses de su presentación para la liquidación del siniestro;
- Formulario de Notificación de Fallecimiento – Anexo **Dmp23023-A**;
- Declaración jurada del cónyuge (**Anexo iii**).

- **El/la conviviente:**

- Constancia de aprobación del beneficio de Derechohabiente expedida por la Administración nacional de la Seguridad Social (ANSES);
- Original de "Información Sumaria Judicial";

- **Hijos/as menores de 18 años y/o discapacitados:**

- Constancia de aprobación del beneficio de Derechohabiente expedida por la Administración nacional de la Seguridad Social (ANSES);
- Partida de nacimiento legalizada;, y
- de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal (patria potestad, tutela o curatela).

❖ **Si NO existe Designación de Beneficiarios,** o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz o **no existiese personas que sean Derechohabiente con derecho a la pensión por el fallecimiento del Trabajador,** deberá agregarse:

- Copia autenticada de la Declaratoria de Herederos.



Decreto 1567/74 – Reglamentaciones de Resoluciones para fallecimientos ocurridos con **anterioridad al 31/12/2010** de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

**Riesgo Cubierto: MUERTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario de "Notificación del Fallecimiento" (Dmp23017) fallecimientos anteriores al 31/03/2009. **Resolución N° 30729.**
- Formulario de "Notificación del Fallecimiento" (Dmp23021) fallecimientos entre 01/04/2009 al 31/03/2010. **Resolución N° 33860.**
- Formulario de "Notificación del Fallecimiento" (Dmp23022) fallecimientos entre el 01/04/2010 al 31/12/2010. **Resolución N° 33860 modificada por Resolución 34761.**
- Constancia de C.U.I.L. del trabajador.
- Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador (S.U.S.S). correspondiente al mes ocurrencia del fallecido.
- Fotocopia del último recibo de sueldo emitido o liquidación final. Sobre esta copia, firma y sello en original del Empleador a modo de certificación.
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Trabajador fallecido. Sobre esta copia, firma y sello en original del Empleador a modo de certificación.
- Original del formulario de "Designación de Beneficiarios" firmado por el Trabajador. En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quedará sin efecto, la constancia de aprobación de derechohabientes expedida por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53º y 54º de la Ley N° 24.241.
- Si los beneficiarios son incapaces, la documentación que acredite quien ejerce su patria potestad, tutela o curatela.
- Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO ABIERTO**

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO ABIERTO COMUN**

**MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado" (v2400001).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.



- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (v2400004);
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruídas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

---

#### **SEGURO DE VIDA COLECTIVO ABIERTO LUCRO CESANTE**

##### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado" (v2400001).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruídas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

##### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruídas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

##### **ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL**

- Formulario "Solicitud del Anticipo de la indemnización por fallecimiento en caso de enfermedad terminal" (Dmp23007).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).



➤ Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **ENFERMEDADES CRITICAS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y TRASPLANTES**

- Formulario "Declaración Anticipo por Enfermedades Críticas, Intervenciones y Trasplantes" (dmp23016).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Estudios específicos para cada enfermedad, o intervención, según lo establecido por la Cláusula Adicional de Complejidad Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

➤ Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

---

#### **SEGURO DE VIDA COLECTIVO ABIERTO DELTA NOVO**

##### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado" (v2400001).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

➤ Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
- Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

##### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

➤ Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

##### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (v2400004);
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).



- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

---

## **SEGURO DE VIDA COLECTIVO ABIERTO DELTA VIDA y SALUD**

### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
  - Formulario "Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado" (v2400001).
  - Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
  - Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
  - Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.
- ❖ En caso de fallecimiento de algún miembro del grupo familiar incluido en la cobertura contratada, deberá presentarse:
- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial
  - Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones.
  - Fotocopia de la documentación que acredite el vínculo con el asegurado titular.

### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
  - Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
  - Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
  - Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
  - Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (v2400004);
  - Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
  - Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
  - Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL**

- Formulario "Solicitud del Anticipo de la indemnización por fallecimiento en caso de enfermedad terminal" (Dmp23007).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **ENFERMEDADES CRITICAS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y TRASPLANTES**

- Formulario "Declaración Anticipo por Enfermedades Críticas, Intervenciones y Trasplantes" (dmp23016).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Estudios específicos para cada enfermedad, o intervención, según lo establecido por la Cláusula Adicional de Complejidad Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **RENTA DIARIA POR INTERNACION**

- Formulario "Solicitud de Beneficio por Internación (dmp23008).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Comprobante del Alta Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- En caso de internación de algún miembro del grupo familiar incluido en la cobertura contratada, deberá presentarse fotocopia de la documentación que acredite el vínculo y la fotocopia del documento de identidad.

---

## **SEGURO DE VIDA COLECTIVO TRADICIONAL**

### **SEGURO LEY DE CONTRATO DE TRABAJO**

#### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Denuncia del Fallecimiento - Informe del Empleador" (dmp23003);
- Formulario "Informe del Médico Tratante" (dmp23002);
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Fotocopia del recibo de liquidación final por fallecimiento.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).



## LA HOLANDO

➤ Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
- Documentación adicional para identificar al Contratante/Empleador (DNI, Acta de Directorio, Balance, Acta de designación de administrador, etc.)

### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (dmp23004):
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Fotocopia del recibo de liquidación final por Incapacidad.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

➤ Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
- Documentación adicional para identificar al Contratante/Empleador (DNI, Acta de Directorio, Balance, Acta de designación de administrador, etc.)

---

### **SEGURO DE VIDA COLECTIVO - CONVENIO MERCANTIL**

#### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Denuncia del Fallecimiento - Informe del Empleador" (dmp23003);
- Formulario "Informe del Médico Tratante" (dmp23002);
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Formulario "Designación de Beneficiarios"
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (dmp23004):
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

---

<b><u>SEGURO DE VIDA COLECTIVO para PERSONAL en RELACION DE DEPENDENCIA – OPTATIVOS</u></b>
---

- Dependerá de las coberturas contratadas y del método de suscripción.
- En los seguros con coberturas adicionales para cónyuges y/e hijos, deberá acreditarse el vínculo con documentación probatoria fehaciente.

#### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Denuncia del Fallecimiento - Informe del Empleador" (dmp23003);
- Formulario "Informe del Médico Tratante" (dmp23002);
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (dmp23004):
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL**

- Formulario "Solicitud del Anticipo de la indemnización por fallecimiento en caso de enfermedad terminal (Dmp23007).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (dmp23005):
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).



➤ Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **ENFERMEDADES CRITICAS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y TRASPLANTES**

- Formulario "Declaración Anticipo por Enfermedades Críticas, Intervenciones y Trasplantes (dmp23016).
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Estudios específicos para cada enfermedad, o intervención, según lo establecido por la Cláusula Adicional de Complejidad Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

➤ Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **RENTA DIARIA POR INTERNACION**

- Formulario "Solicitud de Beneficio por Internación (dmp23008).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Comprobante del Alta Médica.
- Fotocopia del último recibo de sueldo firmado por el Asegurado y por persona autorizada por éste.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

---

<b>SEGURO DE VIDA COLECTIVO para GRUPO de AFINIDAD – OPTATIVOS</b>
--

➤ Dependerá de las coberturas contratadas y del método de suscripción.

➤ En los seguros con coberturas adicionales para cónyuges y/e hijos, deberá acreditarse el vínculo con documentación probatoria fehaciente.

#### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Documentación fehaciente que acredite la relación entre el tomador y el Asegurado;
- Formulario "Informe del Médico Tratante" (dmp23002);
- Formulario de la Designación de Beneficiarios.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

➤ Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:

- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
- Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (dmp23004):
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL**

- Formulario "Solicitud del Anticipo de la indemnización por fallecimiento en caso de enfermedad terminal (Dmp23007).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (dmp23005)
- Documentación fehaciente que acredite la relación entre el tomador y el Asegurado;
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **ENFERMEDADES CRITICAS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y TRASPLANTES**

- Formulario "Declaración Anticipo por Enfermedades Críticas, Intervenciones y Trasplantes (dmp23016).
- Documentación fehaciente que acredite la relación entre el tomador y el Asegurado;
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Estudios específicos para cada enfermedad, o intervención, según lo establecido por la Cláusula Adicional de Complejidad Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **RENDA DIARIA POR INTERNACION**

- Formulario "Solicitud de Beneficio por Internación (dmp23008).



- Documentación fehaciente que acredite la relación entre el tomador y el Asegurado;
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Comprobante del Alta Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).

---

## **SEGURO DE DEUDORES**

### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Denuncia de fallecimiento – Informe del Acreedor" (dmp23001)
- Fotocopia del detalle de la deuda y detalle de pago de cuotas;
- Formulario "Informe del Médico Tratante" (dmp23002)
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Documentación adicional para identificar al Acreedor (DNI, Acta de Directorio, Balance, etc.).

### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Fotocopia del detalle de la deuda y detalle de pago de cuotas;
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Documentación adicional para identificar al Acreedor (DNI, Acta de Directorio, Balance, etc.).

---

## **SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL**

### **DELTA XXI**

#### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado" (v2400001).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.



- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
    - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.
- Póliza Original.

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
    - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Póliza Original.

#### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (v2400004);
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
    - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL**

- Formulario "Solicitud del Anticipo de la indemnización por fallecimiento en caso de enfermedad terminal (v2400005).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
    - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Póliza Original.

---

### **DELTA AHORRO**

#### **MUERTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Formulario "Declaración del médico sobre la muerte del Asegurado" (v2400001).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la muerte fue producida a raíz de un accidente.



- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
    - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.
- Póliza Original.

#### **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE por ENFERMEDAD o ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración Relativa a la Incapacidad" (v2400003).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas si la incapacidad fue producida a raíz de un accidente.
- Dictamen de la comisión médica del sistema jubilatorio oficial.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
    - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Póliza Original.

#### **PERDIDAS ANATOMICAS PRODUCIDAS POR ACCIDENTE**

- Formulario "Declaración relativa al Accidente" (v2400004);
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
    - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **ANTICIPO DE LA INDEMNIZACION EN CASO DE ENFERMEDAD TERMINAL**

- Formulario "Solicitud del Anticipo de la indemnización por fallecimiento en caso de enfermedad terminal (v2400005).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Sinistros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
    - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Póliza Original.

#### **ENFERMEDADES CRITICAS, INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y TRASPLANTES**

- Formulario "Declaración Anticipo por Enfermedades Críticas, Intervenciones y Transplantes" (dmp23016).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Estudios específicos para cada enfermedad, o intervención, según lo establecido por la Cláusula Adicional de Complejidad Médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
  - Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:



- Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

---

---

### **IMPORTANTE**

Cuando el Contratante de la póliza sea una persona distinta a la persona asegurada, deberá agregarse:

- ❖ Documentación que demuestre fehacientemente la responsabilidad civil o legal que tuviese que asumir con motivo de eventos cubiertos por la póliza que sufriera la persona asegurada.
- ❖ Deberá reemplazarse el formulario DMP23019 por el Dmp23018.

---

---

## **SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

<b>SEGURO INDIVIDUAL (beneficiario = el designado, o el propio asegurado)</b>
---

### **MUERTE por ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
  - Fotocopia del documento de identidad del beneficiario.

### **INVALIDEZ TOTAL o PARCIAL "PERMANENTE" por ACCIDENTE**

- Formulario "Denuncia de Accidente" Dmp23006 debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma. Este formulario podrá ser obtenido a través de nuestra página web ingresando [www.holansud.com.ar](http://www.holansud.com.ar) en las opciones Servicios / formularios / Accidentes Personales / Denuncia . (dmp23006).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Dictamen de comisión médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
  - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Asegurado" (dmp23019).
  - Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

### **REEMBOLSO POR ASISTENCIA MEDICA y/o FARMACEUTICA**

- Formulario "Denuncia de Accidente" Dmp23006 debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma. Este formulario podrá ser obtenido a través de nuestra página web ingresando [www.holansud.com.ar](http://www.holansud.com.ar) en las opciones Servicios / formularios / Accidentes Personales / Denuncia . (dmp23006).
- Comprobantes originales de gastos médicos y/o farmacéuticos, acompañados de sus respectivos ordenes medicas solicitándolos.



- Fotocopia de la Historia Clínica por la prestación médica recibida.

---

<b>SEGURO COLECTIVO (beneficiario = el Tomador)</b>
---

**MUERTE por ACCIDENTE**

- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Documentación que acredite la existencia de una obligación civil o legal a cargo del tomador.
  - Si el capital asegurado supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
    - Documentación adicional para identificar al Tomador (DNI, Acta de Directorio, Balance, Acta de designación de administrador, etc.)

**INVALIDEZ TOTAL o PARCIAL "PERMANENTE" por ACCIDENTE**

- Formulario "Denuncia de Accidente" Dmp23006 debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma. Este formulario podrá ser obtenido a través de nuestra página web ingresando [www.holansud.com.ar](http://www.holansud.com.ar) en las opciones Servicios / formularios / Accidentes Personales / Denuncia . (dmp23006).
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Dictamen de comisión médica.
- Formulario de Datos del Asegurado y Beneficiario (dmp23020).
- Documentación que acredite la existencia de una obligación civil o legal a cargo del tomador.
  - Si la indemnización supera la suma de PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000.-) se deberá presentar:
    - Formulario de "Siniestros y/o indemnizaciones – Terceros" (dmp23018).
    - Documentación adicional para identificar al Tomador (DNI, Acta de Directorio, Balance, Acta de designación de administrador, etc.)

**REEMBOLSO POR ASISTENCIA MEDICA y/o FARMACEUTICA**

- Formulario "Denuncia de Accidente" Dmp23006 debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma. Este formulario podrá ser obtenido a través de nuestra página web ingresando [www.holansud.com.ar](http://www.holansud.com.ar) en las opciones Servicios / formularios / Accidentes Personales / Denuncia . (dmp23006).
- Comprobantes originales de gastos médicos y/o farmacéuticos, acompañados de sus respectivos ordenes medicas solicitándolos.
- Fotocopia de la Historia Clínica por la prestación médica recibida.

---

<b>PLENUS</b>
---------------

**1º - Llamar al 0800-222-7635** (Plenus) - Op."1" - Nuestro servicio de emergencia, derivara según la gravedad del caso al prestador más cercano para brindarle la atención médica y farmacéutica correspondiente del accidentado.



**2º** - Hacer llegar a La Cía, el formulario de Denuncia Plenus, para ampliar datos y poder asignar número de siniestro. El mismo se encuentra en nuestra página Web. Debe ser enviado a: [plenus@holansud.com.ar](mailto:plenus@holansud.com.ar)

**3º** - Tener en cuenta que las LUMBALGIAS, VARICES y HERNIAS están EXCLUIDAS.

**4º** - En caso de Accidente In Itinere adjuntar Denuncia Policial.