

**INVALIDEZ**

Documentos originales

DOCUMENTACION	COBERTURA			
	Inv. PermanenteTotal Inv. Absoluta	Invalidez Parcial	Inv. PermanenteTotal Inv. Absoluta <i>por accidente</i>	Invalidez Parcial <i>por accidente</i>
DNI/NIE de Asegurado y Beneficiarios	X	X	X	X
Certificado médico amplio y detallado, que indique motivos y causas, con fecha de inicio y procesos de la enfermedad o accidente que hayan causado la prestación correspondiente.	X	X	X	X
Original de la póliza firmada y del último recibo pagado	X	X	X	X
Si Beneficiario distinto de Tomador: Domicilio fiscal actualizado de los beneficiarios	X	X	X	X
Informe médico de primera asistencia tras el accidente (en caso de cobertura de Enfermedad, informe médico con fecha de diagnóstico)			X	X
Resolución completa de I.N.S.S u organismo oficial competente que le sustituya, que indique fecha de efectos económicos, grado de incapacidad y enfermedad/es que motivaron la incapacidad del Asegurado o sentencia judicial firme. (original o copia compulsada)	X		X	
Informe de las secuelas definitivas		X		X