



**DOCUMENTOS AMPAROS PIE**

Reclamante \_\_\_\_\_ No. Póliza \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

<b>INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (AUXILIO FUNERARIO)</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Uno de los siguientes documentos: Acta de levantamiento a cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cómo ocurrieron los hechos. (En caso de que la muerte sea causada por enfermedad, anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad).	
3. Copia auténtica del registro civil de defunción del asegurado.	
4. Copia auténtica del registro civil de nacimiento del asegurado.	
5. Dos declaraciones extra juicio indicando estado civil, existencia de hijos y con quién vivía	
6. En caso de estar casado: fotocopia del documento de identidad del cónyuge y original copia auténtica del registro civil de matrimonio.	
7. Si existen hijos herederos: copia auténtica del registro civil de nacimiento de cada hijo.	
8. En caso de padres beneficiarios muertos: copia auténtica del registro civil de defunción.	
9. Beneficiario menor de edad cuando faltan ambos padres: sentencia en la que se designe la guarda y curaduría definitiva del menor.	
10. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
11. Fotocopia del documento de identificación de los beneficiarios y de los representantes legales.	
12. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	
<b>NOTA:</b> En caso de haberse otorgado el amparo de Auxilio Funerario operan los mismos requisitos documentales).	

<b>GASTOS FUNERARIOS (POR ACCIDENTE O POR CUALQUIER CAUSA)</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de Reclamación STRO062	
2. Uno de los siguientes documentos: Acta de levantamiento a cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cómo ocurrieron los hechos. (En caso de que la muerte sea causada por enfermedad, anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad).	
3. Copia auténtica del registro civil de defunción del asegurado.	
4. Factura original a nombre del reclamante con sello de cancelado.	
5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.	
7. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	

<b>AUXILIO EDUCATIVO POR MUERTE DE PADRES (ACCIDENTAL O POR CUALQUIER CAUSA)</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de reclamación STRO062.	
2. Uno de los siguientes documentos: Acta de levantamiento a cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente en los que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar en cómo ocurrieron los hechos. (En caso de que la muerte sea causada por enfermedad, anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad).	
3. Copia auténtica del registro civil de defunción del padre o la madre.	
4. Copia auténtica del registro civil de nacimiento del asegurado.	
5. Certificación original de la institución educativa que indique el valor de la matrícula, pensión o semestre.	
6. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.	
8. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	

<b>GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD (ENFERMEDADES AMPARADAS POR LA PÓLIZA)</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de Reclamación STRO062.	
2. Historia clínica completa en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad.	
3. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando los servicios prestados.	
4. Facturas originales a nombre de Seguros de Vida del Estado S.A. en casos que sea la Institución la reclamante por convenio, discriminando los servicios prestados.	
5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.	
7. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	

<b>GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE O POR CUALQUIER CAUSA</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de Reclamación STRO062.	
2. Copia de la atención médica o epicrisis.	
3. En caso de ambulancia: factura original del servicio prestado con fecha y nombre del afectado.	
4. En caso de personas naturales: cuenta de cobro y relación del costo del transporte.	
5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.	
7. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	

<b>DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL PARA PAGO DE AUXILIO EDUCATIVO</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de Reclamación STRO062.	
2. Copia de la carta de despido en la que se certifiquen las causas de la terminación del contrato.	
3. Copia del contrato a término indefinido con antigüedad superior a 3 meses.	
4. Copia de la liquidación y del acta de conciliación avalada por autoridad competente cuando se trate de terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes.	
5. Comunicación oficial escrita en la que la institución educativa certifique el valor de la matrícula y/o pensión.	
6. En caso de incapacidad temporal (amparo solo para independientes): copia historia clínica del padre o la madre que demuestre incapacidad laboral mayor a 30 días, y fotocopia de la incapacidad expedida por la institución prestadora de salud.	
7. Original o copia auténtica del registro civil de nacimiento del asegurado.	
8. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
9. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.	
10. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	

<b>DESEMPLEO INVOLUNTARIO PARA ADQUISICIÓN DE ÚTILES Y UNIFORMES ESCOLARES</b>	<b>OK</b>
1. Formulario de Reclamación STRO062.	
2. Copia contrato a término indefinido con una antigüedad superior a 3 meses.	
3. Copia de la carta de despido en la que se certifiquen las causas de la terminación del contrato.	
4. Copia de la liquidación y del acta de conciliación avalada por autoridad competente cuando se trate de terminación del contrato de trabajo por mutuo acuerdo entre las partes.	
5. En caso de incapacidad temporal (amparo sólo para independientes): copia historia clínica del padre o la madre que demuestre incapacidad laboral mayor a 30 días, y fotocopia de la incapacidad expedida por la institución prestadora de salud.	
6. Copia auténtica del registro civil de nacimiento del alumno.	
7. Lista oficial de la institución educativa donde solicita los útiles.	
8. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.	
9. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.	
10. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.	

La relación de documentos señalada, es netamente enunciativa y por lo tanto sólo constituye una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos claros.

**Aprobado por:** Director Jurídico

**Fecha (Aprobación/Actualización):** 08-Mayo-2014



**DOCUMENTOS AMPAROS PIE**

Reclamante \_\_\_\_\_ No. Póliza \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE, REEMBOLSO Y RIEGO BIOLÓGICO**

**REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ABUSO SEXUAL**

**OK**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Formulario de Reclamación STRO062.   |  |
| 2. Historia clínica o Epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del evento que origina la atención médica.             |  |
| 3. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando los servicios prestados.   |  |
| 4. Órdenes médicas de los servicios y medicamentos facturados.  |  |
| 5. En caso que la reclamación sea presentada directamente por la Institución se debe aportar factura original a nombre de Seguros de Vida del Estado S.A. |  |
| 6. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.   |  |
| 7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.  |  |
| 8. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.                         |  |

- |   |  |
|---|--|
| 1. Formulario de reclamación STRO062.   |  |
| 2. Certificación emitida por medicina legal u otros órganos que cuenten con la competencia para observar estos casos, como lo serían: el defensor de familia, el bienestar familiar, policía de menores y psicólogos. |  |
| 3. Copia auténtica del registro civil de nacimiento del alumno.   |  |
| 4. Factura original con sello de cancelado a nombre del reclamante, en la que indique el valor a cancelar por el tratamiento psicológico.   |  |
| 5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.   |  |
| 6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.  |  |
| 7. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.   |  |

**RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CÓNYUGE DEL ALUMNO ASEGURADO**

**REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ ACCIDENTAL**

**OK**

- |  |  |
|--|--|
| 1. Formulario de Reclamación STRO062.  |  |
| 2. Certificación de una autoridad competente de las circunstancias de modo, tiempo y lugar del fallecimiento (en caso de que el amparo se extienda a cualquier causa anexar historia clínica en la que se evidencie la fecha de diagnóstico de la enfermedad en caso que la muerte sea como consecuencia de esta). |  |
| 3. Copia auténtica del registro civil de defunción del cónyuge del asegurado.  |  |
| 4. Copia auténtica del registro civil de matrimonio.   |  |
| 5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.  |  |
| 6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.   |  |
| 7. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.  |  |

- |   |  |
|---|--|
| 1. Formulario de Reclamación STRO062.   |  |
| 2. Historia clínica o epicrisis, con diagnóstico de ingreso, egreso y causa del accidente.  |  |
| 3. Dictamen emitido por la junta regional o nacional de calificación de invalidez con pérdida superior al 66 %.                   |  |
| 4. Órdenes médicas de los servicios y medicamentos facturados.  |  |
| 5. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando servicios prestados.                         |  |
| 6. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.   |  |
| 7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.  |  |
| 8. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público. |  |

**RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN**

**INHABILITACIÓN POR ACCIDENTE**

**OK**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Formulario de Reclamación STRO062.   |  |
| 2. Copia de historia clínica del asegurado donde se identifiquen las circunstancias de tiempo, modo y lugar así como el período de hospitalización. |  |
| 3. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.   |  |
| 4. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.  |  |
| 5. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.                   |  |

- |  |  |
|--|--|
| 1. Formulario de Reclamación STRO062.  |  |
| 2. Historia clínica o epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del accidente.                        |  |
| 3. Dictamen emitido por la junta regional o nacional de calificación de invalidez en la que se certifique el grado pérdida de capacidad. |  |
| 4. Fotocopia del carné pie   |  |
| 5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.  |  |
| 6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.   |  |

**DESMEMBRACIÓN**

**OK**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Formulario de reclamación STRO062.   |  |
| 2. Historia clínica o epicrisis en la que se evidencien las circunstancias de tiempo, modo y lugar del evento que origina las atenciones médicas así como la desmembración o grado de pérdida sufrida por el asegurado. |  |
| 3. Fotocopia del documento de identificación del asegurado.   |  |
| 4. Fotocopia del documento de identificación del reclamante.  |  |
| 5. Si actúan a través de abogado, original del poder especial otorgado, con la debida presentación personal ante notario público.   |  |

La relación de documentos señalada, es netamente enunciativa y por lo tanto sólo constituye una guía para facilitar al reclamante el cumplimiento de su obligación legal frente a la compañía de seguros, de igual manera es indispensable que el reclamante diligencie el formulario de reclamación con datos claros.