

REQUISITOS PARA EL ESTUDIO DE RECLAMACIONES - PÓLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL

	DOCUMENTOS	GASTOS MÉDICOS. ENFERMEDADES TROPICALES. RENTA POR HOSPITALIZACIÓN	INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE. DESMEMBRACIÓN	GASTOS DE TRANSPORTE	MUERTE	GASTOS FUNERAR.	SUBSIDIO EDUCATIVO POR DESEMPLEO POR INCAP.TEMP.	AUXILIO EDUCATIVO	REHABILITACIÓN INTEGRAL
1	Formulario de declaración para reclamar E-STRO-062	X	X	X	X	X	X	X	X
2	Epicrisis o resumen de historia clínica	X	X		X	X			X
	A. MUERTE POR CUALQUIER CAUSA: Historia clínica o epicrisis donde aparezca la fecha de diagnóstico de la enfermedad que ocasionó la muerte				X				
	B. MUERTE ACCIDENTAL: Certificación de autoridad competente que indique circunstancias de modo, tiempo y lugar del accidente.				X				
3	Facturas originales canceladas con la descripción de cada uno de los gastos	X		X		X			X
4	Descripción de origen y destino del transporte solo se reconoce del sitio del accidente al primer centro asistencial. (cuenta de cobro)			X					
5	Ordenes médicas para los servicios y medicamentos cobrados en caso de reembolsos, en el caso de hospitalización aportar certificado de permanencia en la clínica u hospital.	X							X
6	Copia del documento de identificación del asegurado	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Copia del documento de identificación del reclamante	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Original o copia auténtica del folio del registro civil de defunción del asegurado				X	X			
9	Original o copia auténtica del folio del registro civil de nacimiento del asegurado				X			X	
10	Para asegurados mayor a 15 años: 2 declaraciones extrajuicio indicando estado civil del difunto (soltero o casado), existencia o no de hijos reconocidos, por reconocer o adoptivos y con quien convivía al momento del deceso				X				
11	Original o copia auténtica del folio del registro civil de defunción del padre o la madre							X	
12	Historia clínica completa del asegurado		X						X
13	Evaluación de Invalidez con pérdida de capacidad laboral mayor al 66% (Ley 100/93)								X
14	Copia del contrato a término indefinido por más de tres meses anterior al inicio de la vigencia de la póliza.						X		
15	Copia de carta de despido sin justa causa, unilateral, efectuada dentro de la vigencia de la póliza						X		
16	Carta en papelería membreteada de la institución educativa, relacionando cada uno de los útiles escolares requeridos para estudio						X		
17	Certificación de trabajo como independiente o constancia de trabajo a término definido.						X		
18	Copia de historia clínica del padre o la madre que demuestre incapacidad laboral mayor a 30 días						X		
19	Autorización de pago electrónico	X	X	X	X	X	X	X	X
20	Si el reclamante es persona natural debe anexar: fotocopia de la cédula y certificación bancaria								

21

Si el reclamante es una persona jurídica debe anexar: fotocopia del certificado de existencia y representación legal (Cámara de Comercio), fotocopia de la cédula del representante legal y certificación bancaria.

AUXILIO DE DESEMPLEO POR INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL	Se afecta exclusivamente, solo si el padre o la madre tienen contrato a término indefinido con más de 2 meses de celebración, previo al inicio de vigencia de la póliza o si el padre o la madre, es independiente o presenta contrato a término fijo y presenta incapacidad temporal certificada con historia clínica.
INCAPACIDAD PERMANENTE O DESMEMBRACIÓN	Se reconoce de acuerdo a los porcentajes definidos en la tabla contenida en las condiciones generales de la póliza
REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ	Es un amparo que se afecta, solo si el beneficiario presenta una evaluación de invalidez con pérdida de capacidad laboral mayor al 66% de acuerdo con la Ley 100 de 1993 y cubre los gastos efectivamente causados con origen en la rehabilitación integral.
NOTA:	DESPUÉS DE ANALIZAR LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS Y SUMINISTRADOS, LA ASEGURADORA PUEDE SOLICITAR OTROS QUE ACLAREN CUALQUIER DUDA QUE SE LLEGARE A PRESENTAR.