|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 diagnostico 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 perdida 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 DOCUENTOS SOLICITADOS Y SUMINISTRADOS, LA ASEGURADORA PUEDE SOLICITAR OTROS QUE ACLAREN CUALQUIER DUDA QUE SE LLEGARE A PRESENTAR. | | | | | | | |