

DOCUMENTOS AMPAROS PRINCIPALES PIE

Reclamante _____ No. Póliza _____

Fecha _____

GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Historia Clínica o Epicrisis, con diagnóstico de ingreso, egreso y causa del accidente	
3. Fotocopias Ordenes Médicas	
4. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando los servicios prestados por reembolso y facturas a cargo de Seguros de Vida del Estado S.A. (Entidades con convenio)	
5. <u>En caso de atención en el exterior</u> : facturas originales apostilladas con sello de cancelado y copia autenticada del pasaporte (primera y última pagina y entrada y salida del país)	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del asegurado	
8. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

TRASLADO DEL ALUMNO DESDE LA INSTITUCION EDUCATIVA HASTA EL CENTRO ASISTENCIAL POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Copia de la atención de urgencias o epicrisis	
3. Fotocopia del carné PIE	
4. <u>En caso de Ambulancia</u> : factura original del servicio prestado con fecha y nombre del afectado	
5. <u>En caso de Personas Naturales</u> : Cuenta de cobro y relación del costo del transporte	

ANEXO REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ ACCIDENTAL <input type="checkbox"/>	OK

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
3. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
4. <u>En caso de asegurado mayor de 15 años</u> : 2 declaraciones extra juicio indicando estado civil, existencia de hijos y con quién vivía	
5. Beneficiarios:	
<u>En caso de estar casado</u> : Fotocopia del documento de identidad del cónyuge y copia original o autenticada del registro civil de matrimonio	
<u>Si existen hijos herederos</u> : - <u>Si son menores de edad</u> : Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento de cada hijo , fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	
<u>Si son mayores de edad: Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento de cada hijo</u> y fotocopia del documento de identidad de cada hijo	
<u>Soltero</u> : Registro civil de nacimiento del asegurado, fotocopia del documento de identidad de los padres, declaración extrajuicio rendida por los padres en la que manifiesten que al momento del fallecimiento del asegurado no existía, cónyuge e hijos legítimos, adoptivos o por reconocer.	
<u>En caso de padres beneficiarios muertos</u> : original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
<u>Beneficiario menor de edad cuando faltan ambos padres</u> : Sentencia donde se designe el curador de los bienes	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES AMPARADAS <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Historia Clínica completa incluyendo la muerte (ingreso, egreso y muerte)	
3. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
4. <u>En caso de asegurado mayor de 15 años</u> : 2 declaraciones extra juicio indicando estado civil, existencia de hijos y con quién vivía	
5. Beneficiarios:	
<u>En caso de estar casado</u> : Fotocopia del documento de identidad del cónyuge y copia original o autenticada del registro civil de matrimonio	
<u>Si existen hijos herederos</u> : - <u>Si son menores de edad</u> : Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento de cada hijo , fotocopia del documento de identidad del Representante Legal	
<u>Si son mayores de edad: Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento de cada hijo</u> y fotocopia del documento de identidad de cada hijo	

1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Dictamen emitido por la Junta Regional o Nacional de calificación de Invalidez con pérdida superior al 66 %.	
3. Historia Clínica o Epicrisis, con diagnóstico de ingreso, egreso y causa del accidente	
4. Fotocopias Ordenes Médicas	
5. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando servicios prestados y Facturas a nombre de Seguros de Vida del Estado S.A. (Entidades con convenio)	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del asegurado	
8. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

INHABILITACION POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Dictamen de calificación emitido por la Junta Regional o Nacional de Invalidez	
3. Historia clínica o epicrisis con diagnóstico de ingreso, egreso y causa de accidente, donde se indique el área de incapacidad.	
4. Fotocopia del carné PIE	
5. Fotocopia del documento de identificación del asegurado	
6. Fotocopia de la cédula del beneficiario de pago	

<i>Soltero:</i> Registro civil de nacimiento del asegurado, fotocopia del documento de identidad de los padres, declaración extrajuicio rendida por los padres en la que manifiesten que al momento del fallecimiento del asegurado no existía, cónyuge e hijos legítimos, adoptivos o por reconocer.	
<i>En caso de padres beneficiarios muertos:</i> original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
<i>Beneficiario menor de edad cuando faltan ambos padres:</i> Sentencia donde se designe el curador de los bienes	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

AUXILIO FUNERARIO POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	OK
---	----

1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
3. <i>En caso de muerte por enfermedad amparada:</i> Historia Clínica de diagnóstico y Historia Clínica de muerte (ingreso, egreso y muerte)	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
5. Fotocopia del carné PIE	
6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	
7. Comunicación autorización de pago de siniestro a nombre de Seguros de Vida del Estado (Para Facturas presentada por Asistencia Exequial)	

GASTOS FUNERARIO POR ACCIDENTE <input type="checkbox"/>	
--	--

1. Formulario de reclamación STRO062	OK
2. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
3. <i>En caso de muerte por enfermedad amparada:</i> Historia Clínica de diagnóstico y Historia Clínica de muerte (ingreso, egreso y muerte)	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
5. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando servicios prestados	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	
8. Comunicación autorización de pago de siniestro a nombre de Seguros de Vida del Estado (Factura presentada por Asistencia Exequial)	

DOCUMENTOS AMAPAROS SECUNDARIOS PIE

Reclamante _____ No. Póliza _____

Fecha _____

RIESGO BIOLÓGICO <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Historia Clínica o Epicrisis, con diagnóstico de ingreso, egreso y causa del accidente	
3. Fotocopias Ordenes Médicas	
4. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando servicios prestados cuando es por reembolso y facturas a nombres de Seguros de Vida del Estado S.A. (Entidades con convenio)	
5. <u>En caso de atención en el exterior</u> : Además de la documentación anterior , deben presentar facturas originales apostilladas con sello de cancelado y copia autenticada del pasaporte (primera y última pagina y entrada y salida del país)	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del asegurado	
8. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

TRASLADO DEL ALUMNO DESDE LA INSTITUCION EDUCATIVA HASTA EL CENTRO ASISTENCIAL POR CUALQUIER CAUSA AMPARADA <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Copia de la atención de urgencias o epicrisis	
3. Fotocopia del carné PIE	
4. <u>En caso de Ambulancia</u> : factura original del servicio prestado con fecha y nombre del afectado	
5. Formato remision de pacientes (informe de traslado)	
6. <u>En caso de Personas Naturales</u> : Cuenta de cobro y relación del costo del transporte	

DESEMPLEO INVOLUNTARIO (trabajadores dependientes) / INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL (Trabajadores independientes) PARA ADQUISICIÓN DE UTILES Y UNIFORMES ESCOLARES <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	

INDEMNIZACION POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA (Cuando se hubiere otorgado el amparo)	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
3. Historia Clínica completa incluyendo la del día de la muerte (ingreso, egreso y muerte)	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
5. <u>En caso de asegurado mayor de 15 años</u> : 2 declaraciones extra juicio indicando estado civil, existencia de hijos y con quién vivía	
6. Beneficiarios: <u>En caso de estar casado</u> : Fotocopia del documento de identidad del cónyuge y copia original o autenticada del registro civil de matrimonio <u>Si existen hijos herederos</u> : - <u>Si son menores de edad</u> : Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento de cada hijo , fotocopia del documento de identidad del Representante Legal <u>Si son mayores de edad</u> : <u>Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento de cada hijo</u> y fotocopia del documento de identidad de cada hijo <u>Soltero</u> : Registro civil de nacimiento del asegurado, fotocopia del documento de identidad de los padres, declaración extrajuicio rendida por los padres en la que manifiesten que al momento del fallecimiento del asegurado no existía, cónyuge e hijos legítimos, adoptivos o por reconocer. <u>En caso de padres beneficiarios muertos</u> : original o copia del original autenticada del registro civil de defunción <u>Beneficiario menor de edad cuando faltan ambos padres</u> : Sentencia donde se designe el curador de los bienes	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	
8. Fotocopia del carné PIE	

AUXILIO FUNERARIO POR CUALQUIER CAUSA <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
3. Historia Clínica de diagnóstico y Historia Clínica de muerte (ingreso, egreso y muerte)	
5. Fotocopia del carné PIE	
6. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	
7. Comunicación autorización de pago de siniestro a nombre de Seguros de Vida del Estado (Para Facturas presentada por Asistencia Exequial)	

2. <i>En caso de desempleo</i> : copia contrato a término indefinido con una antigüedad superior a 3 meses, anterior al inicio de la vigencia de la póliza	
3. <i>En caso de desempleo</i> : copia carta de despido sin Justa Causa, dentro de la vigencia de la póliza con copia de la liquidación.	
4. <i>En caso de incapacidad temporal (amparo solo para independientes)</i> : 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	
5. Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento del alumno	
7. Fotocopia del carné PIE	
8. Fotocopia del documento de identificación del asegurado	
9. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

DESEMPLEO INVOLUNTARIO O INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL PARA PAGO DE AUXILIO EDUCATIVO <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Copia del contrato a término indefinido con antigüedad superior a 3 meses	
3. Copia de la carta de despido	
4. Recibos de pago periodo anterior	
5. Comunicación oficial escrita en la que la Institución educativa certifique el valor correspondiente a matrícula y/o pensión	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Documento con el cual se acredite la dependencia del asegurado de sus padres (si es mayor de edad)	
8. <i>En caso de incapacidad temporal (amparo solo para independientes)</i> : 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	
9. Copia original o autenticada del Registro Civil de Nacimiento del alumno	

1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Copia Historia Clínica que demuestre incapacidad laboral mayor a 3 meses, y fotocopia de la incapacidad expedida por la institución prestadora de salud	
3. Comunicación oficial escrita en la que la Institución educativa certifique que el alumno no ha asistido a clases.	
4. Fotocopia del carné PIE	
5. Documento de identidad del afectado.	

GASTOS FUNERARIO POR CUALQUIER CAUSA <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
5. Facturas originales a nombre del reclamante con sello de cancelado, discriminando servicios prestados	
3. Historia Clínica de diagnóstico y Historia Clínica de muerte (ingreso, egreso y muerte)	
6. Fotocopia del carné PIE	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	
8. Comunicación autorización de pago de siniestro a nombre de Seguros de Vida del Estado (Factura presentadas por Asistencia Exequial)	

AUXILIO EDUCATIVO POR MUERTE ACCIDENTAL DE LOS PADRES <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
2. Certificación de una autoridad competente de las circunstancias de modo, tiempo y lugar del fallecimiento y Historia Clínica del padre o madre	
3. Original o copia del original del registro civil de nacimiento del alumno	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción del padre o la madre	
5. Carta original de la institución educativa que indique el valor de la matrícula o pensión	
6. Fotocopia del carné PIE o certificación que indique el cubrimiento de la póliza	
7. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	

GASTOS FUNERARIOS PARA PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO POR CUALQUIER CAUSA <input type="checkbox"/>	OK
1. Formulario de reclamación STRO062	
3. Certificación Laboral del docente o administrativo fallecido	
3. Fotocopia del documento de identificación del reclamante	
4. Original o copia del original autenticada del registro civil de defunción	
5. Acta de levantamiento del cadáver, necropsia, informe de la autoridad competente o fotocopia legible del croquis de tránsito, historia clínica según sea el caso	
6. Fotocopia del carné PIE	

