

**PÓLIZA COLECTIVA DE ACCIDENTES ESTUDIANTILES No. 96-68-1000001644  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA**

La **Universidad Pontificia Bolivariana SEDE BUCARAMANGA** y **Delima Marsh Corredor de Seguros** informan las condiciones del seguro de Accidentes Estudiantiles contratado con **Seguros del Estado SA**

**Período de protección:** La cobertura de esta póliza inicia Desde 14 de enero de 2019 Hasta 14 de julio de 2019

**Principales Riesgos cubiertos y límites asegurados**

<b>AMPARO</b>	<b>VALOR ASEGURADO</b>
<b>MUERTE ACCIDENTAL</b>	20.000.000
<b>MUERTE POR CUALQUIER CAUSA</b>	20.000.000
<b>DESMEMBRACION E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b>	22.000.000
<b>GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE</b>	37.000.000
<b>GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD</b>	30.000.000
<b>GASTOS MEDICOS ENF. TROPICALES</b>	22.000.000
<b>GASTOS MEDICOS POR RIESGO QUIMICO</b>	22.000.000
<b>GASTOS MEDICOS POR RIESGO BIOLÓGICO</b>	22.000.000
<b>RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION</b>	50.000
<b>REHABILITACIÓN INTEGRAL POR INVALIDEZ</b>	30.000.000
<b>GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE POR CUALQUIER CAUSA</b>	3.500.000
<b>GASTOS FUNERARIOS POR MUERTE ACCIDENTAL</b>	3.500.000
<b>GASTOS DE TRASLADO POR CUALQUIER CAUSA</b>	5.000.000
<b>GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE</b>	5.000.000
<b>RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL CONYUGE DEL ALUMNO ASEGURADO</b>	100.000
<b>REEMBOLSO DE MATRICULA POR ACCIDENTE</b>	2.000.000
<b>REEMBOLSO POR REHABILITACION PSICOLOGICA POR ABUSO SEXUAL</b>	1 SMMLV
<b>AUXILIO EDUCATIVO EN CASO DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL DE UNO DE LOS PROGENITORES</b>	500.000

## Exclusiones – Ver detalle en clausulado

**Centros de atención:** En caso de accidente identificándose como estudiante de la Institución (con el carné de estudiante vigente y copia de documento de identidad) e informando en la clínica que la póliza está contratada con Seguros del Estado puede solicitar la atención por la urgencia sin efectuar ningún pago (hasta por el límite asegurado contratado por Gastos Médicos) en cualquiera de las Clínicas que se relacionan a continuación. **La institución prestadora del servicio se comunica directamente con la línea de Autorizaciones de SEGUROS DEL ESTADO, quien verifica la vigencia del asegurado y autorizará el servicio.**

## Principales Instituciones a las cuales pueden asistir que tienen convenio con SEGUROS DEL ESTADO

INSTITUCION	CIUDAD	TELEFONOS	DIRECCION
FUNDACION OFTALMOLOGICA DEL SANTANDER FOSCAL	BUCARAMANGA	6382828	AV. EL BOSQUE N° 23-60
CLINICA PIEDECUESTA S.A.	BUCARAMANGA	6555360	CRA. 11 No 6 – 48
HOSPITAL SAN BARTOLOME	BUCARAMANGA	6600015	CRA. 4 No. 1-05
CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A	BUCARAMANGA / SAN GIL	7242100	CALLE 12 No. 12-20
LOS COMUNEROS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BMANGA	BUCARAMANGA	6321206 - 3204499983	CRA. 27 No.30-15
E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE OIBA	BUCARAMANGA	7173211	CRA. 7 No. 12-83
E.S.E. HOSPITAL SAN JOSE DE SAN ANDRES	BUCARAMANGA	6624230 - 6624231	CRA. 4 No 10 - 71
CLINICA LA RIVIERA S.A.	BUCARAMANGA	6477414	Calle 51 No. 38-53/67
JORGE IVAN VILLAMIZAR MENDOZA	BUCARAMANGA	5712907- 3208557448	AVENIDA O N°19-80 BARRIO BLANCO
CLINICA MATERNO INFANTIL SAN LUIS S.A	BUCARAMANGA- SANTANDER	6430026 - 6433322	CALLE 48 N° 25-56
AUDIOMEDICA S.A.S.	BUCARAMANGA- SANTANDER	6434020 - 6437243-3187129962	CARRERA 37 N°51-106
CLINICA CHICAMOCHA S.A	BUCARAMANGA	6459680 - 6340288 - 3107883984	CALLE 40 N°27A-22 MEJORAS PUBLICAS
UNIDAD MEDICA EL LAGO - CLINILAGO	BUCARAMANGA / FLORIDABLANCA	6394359	CALLE 29 N° 9 -96 Froridablanca
SERVICLINICOS DROMEDICA S.A	BUCARAMANGA	6520164 - 6345122	CALLE 11 N° 27-48
OMIMED S.A.S.	BUCARAMANGA	6430430 - 6850662	CALLE 53 N°34-22

En caso de presentar inconvenientes en la atención, no dude en comunicarse con:

**MARIA NELCY DELGADO VILLAMIZAR**  
Auditor de Servicios de Salud- SIS  
Calle 44 No 34-74 Oficina 202  
Telf. 300 2669770 y 097-6479360 -6574415  
Bucaramanga – Santander

## REQUISITOS PARA PRESENTAR RECLAMOS:

- Formulario debidamente diligenciado (adjunto)
- Relación de documentos para amparo afectado (adjunto)

Los documentos físicos deben remitirse a Calle 44 No 34-74 Oficina 202 - SIS



IMPORTANTE: Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del éxito de su reclamación. ((Por favor no dejar espacios en blanco)).

DATOS DEL TOMADOR			
NOMBRE		NIT o C.C.	D   D   M   M   A   A   A   A
CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	No. POLIZA

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.R.S. O A.F.P Y/O A.R.P. ESTA AFILIADO	
CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	EDAD

PERSONA JURIDICA		DATOS DEL RECLAMANTE	
NOMBRE		NIT o C.C.	
DIRECCION		TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO

PERSONA NATURAL			
1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>
DIRECCION	TELÉFONO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	No. _____
CORREO ELECTRONICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACION \$	

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			
DIRECCION EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS	CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA	HORA _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION	LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	<input type="checkbox"/> COLEGIO	<input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO
		<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO
		<input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?	
DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS			
EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN			
INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL?			

BENEFICIARIOS			
NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

**SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES**

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA	
<b>Titular:</b>	_____
<b>Beneficiario:</b>	_____
<b>Tipo de documento de identidad:</b> Cédula	NIT Cedula de Extranjería:
<b>Número de documento:</b>	_____
<b>Dirección:</b>	_____
<b>Teléfono:</b>	<b>Ciudad:</b>
<b>Correo Electrónico</b>	_____
INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA)	
<b>Banco Nombre</b>	<b>Código</b>
<b>Sucursal</b>	<b>Ciudad</b>
<b>Tipo de Cuenta:</b> Corriente	Ahorros
<b>Número de Cuenta</b>	_____

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a Seguros de Vida del estado S.A, a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)  
QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_  
NIT O C.C. No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN  
NUMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO  
NIT O C.C. No. \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

**INFORMACIÓN ADICIONAL DE SINIESTRO  
POLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL**

**IMPORTANTE:** Todas las preguntas deben ser contestadas sin dejar espacios en blanco. Si hay correcciones, enmendaduras o información adicional favor validarlas con la firma al respaldo. De la veracidad de la información suministrada a continuación, depende del éxito de su reclamación. (Por favor no dejar espacios en blanco).

**DATOS DEL TOMADOR**

NOMBRE		NIT o C.C.	No. POLIZA	
CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	

**DATOS DEL ASEGURADO**

NOMBRE	IDENTIFICACION	ESTADO CIVIL	NOMBRE A QUE E.P.S. O A.F.P. Y/O A.R.P. ESTA AFILIADO	
CORREO ELECTRONICO	DIRECCION	NUMERO TELEFONICO	CIUDAD	EDAD

**DATOS DEL RECLAMANTE**

NOMBRE		NIT o C.C.		
DIRECCION	TELÉFONO	CORREO ELECTRONICO		

**PERSONA JURIDICA**

1er APELLIDO	2do APELLIDO	NOMBRES	C.C. <input type="checkbox"/> T.I. <input type="checkbox"/> R.C. <input type="checkbox"/>
DIRECCION	TELÉFONO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	EDAD
CORREO ELECTRONICO	ESTADO CIVIL	CUAL ES EL VALOR DE LA PRESENTE RECLAMACION \$	

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**

DIRECCION EN DONDE OCURRIERON LOS HECHOS	CIUDAD	FECHA DE OCURRENCIA	HORA	AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
AMPARO POR EL CUAL PRESENTA LA RECLAMACION	LUGAR EN DONDE OCURRIÓ EL EVENTO	<input type="checkbox"/> COLEGIO	<input type="checkbox"/> LUGAR DE TRABAJO	
		<input type="checkbox"/> VIVIENDA	<input type="checkbox"/> ESCENARIO DEPORTIVO	
		<input type="checkbox"/> OTRO ¿CUAL?		

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS

---



---

EL ACCIDENTE OCURRIÓ EN FUNCIÓN

INDIQUE SI LA PRESENTE RECLAMACIÓN ES DERIVADA DE  ACCIDENTE  ENFERMEDAD SI ES ENFERMEDAD MENCIONE CUAL? \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS**

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	TELÉFONO

**SOLO APLICA PARA PERSONAS NATURALES**

**INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA**

**Titular:**  
**Beneficiario:**  
 Tipo de documento de identidad: Cédula      NIT      Cedula de Extranjería:  
 Número de documento:  
 Dirección:  
 Teléfono:      Ciudad:  
 Correo Electrónico

**INFORMACIÓN FINANCIERA DEL TITULAR DE LA CUENTA (OBLIGATORIA)**

Banco Nombre      Código  
 Sucursal      Ciudad  
 Tipo de Cuenta: Corriente      Ahorros      Número de Cuenta

En caso de ser procedente el pago solicitado, en mi calidad de titular de la cuenta, autorizo a Seguros de Vida del estado S.A, a realizar la transferencia electrónica, a la cuenta y entidad bancaria señalada anteriormente.

FIRMA DEL RECLAMANTE (CON SELLO OPCIONAL)  
 QUIEN FIRMA EN CALIDAD DE \_\_\_\_\_  
 NIT O C.C. No.      DE

NOMBRE DEL CONTACTO PARA LA RECLAMACIÓN  
 NUMERO DE CELULAR: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO  
 NIT. O C.C. No.      DE.

Certifico que todas las respuestas y declaraciones anteriores son verificadas y ajustadas a la realidad y autorizo a cualquier medico, clínica y hospital para suministrar las informaciones necesarias con la enfermedad o accidente que trata esta reclamación



**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 periodo 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.

**DESMEMBACIÓN**

**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.