

**REQUISITOS INICIALES PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES  
PÓLIZA INTEGRAL ESTUDIANTIL**

	DOCUMENTOS	GASTOS MEDICOS/ RIESGO BIOLÓGICO/ ENF. TROPICALES Y RENTA POR HOSP.	I.T.P. / DESMEM.	GASTOS TRANSP.	INDEMNIZ. MUERTE.	GASTOS FUNERAR.	SUBSIDIO EDUCATIVO POR DESEMPLEO O INCAP.TEMP.	AUXILIO EDUC.	REHABILIT. 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.			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	Fotocopia Carné expedido por la Compañía	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Copia del documento de identificación del asegurado	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Copia del documento de identificación del reclamante	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Original o copia del folio autentica del Registro Civil de Defunción del asegurado				X	X			
10	Original o copia del folio autentica del Registro Civil de Nacimiento del asegurado				X			X	
11	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				
12	Original o copia del folio autentica del Registro Civil de Defunción del Padre o la Madre							X	
13	Historia Clínica completa del asegurado		X						X
14	Evaluación de Invalidez con pérdida de capacidad laboral mayor al 66% (Ley 100/93)								X
15	a. Copia del contrato a término Indefinido por más de tres meses anterior al inicio de la vigencia de la póliza.						X		
16	b. Copia de Carta de despido Sin Justa Causa, unilateral, efectuada dentro de la vigencia de la póliza						X		
17	c. Carta en papelería membreteada de la institución educativa, relacionando cada uno de los útiles escolares requeridos para estudio						X		
18	d. Certificación de trabajo como independiente o constancia de trabajo a término definido.						X		
19	e. Copia de Historia Clínica del padre o la madre que demuestre incapacidad laboral mayor a 30 días						X		
20	Autorización de Pago Electrónico - Si el reclamante es persona jurídica	X	X	X	X	X	X	X	X
21	Hoja de Vida Proveedor - Si el reclamante es persona natural	X	X	X	X	X	X	X	X
**	<b>Si el reclamante es persona natural debe anexar: Fotocopia de la Cedula - Certificación Bancaria</b>								
**	<b>Si el reclamante es una persona Jurídica debe anexar: Fotocopia certificado de existencia y representación legal de Cámara de Comercio - Fotocopia Cedula Representante Legal - Certificación Bancaria.</b>								
	AUXILIO POR DESEMPLEO O 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 DESMEMBRACION	Se reconoce de acuerdo a los porcentajes definidos en la tabla contenida en los Términos Generales de la Póliza							
	REHABILITACION 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.							