



REQUISITOS RECLAMACIONES - POLIZA ACCIDENTES PERSONALES
ESTUDIANTILES - UNIVERSIDAD DEL QUINDIO



MUERTE ACCIDENTAL, AUXILIO FUNERARIO,	Copia del documento de identidad del asegurado
	Copia registro civil de defunción del asegurado
	Copia del documento de identidad de los beneficiarios.
	Documento(s) que demuestre(n) la calidad de beneficiarios de ley.
	Documento que demuestre causa de la muerte (Historia clínica y/o protocolo de necropsia)
	Certificación bancaria donde se evidencie numero y tipo de cuenta del reclamante (Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formulario de Solicitud de vinculación de clientes Persona Natural (Sarlaff) totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, no se pueden dejar espacios en blanco donde no hay lugar a una respuesta colocar N/A.
	Formato Radicación de Reclamación Pólizas de Seguros de Vida diligenciado en su totalidad sin tachones ni enmendaduras.
	Acta del levantamiento del cadáver o autopsia o certificación de fiscalía.
	Copia del protocolo de necropsia
En accidente de tránsito: croquis del accidente, resultado de alcoholemia (En los casos que apliquen)	
ENFERMEDADES GRAVES Y/O AMPARADAS :Cáncer, Poliomielitis, Leucemia, Tétanos, Escarlatina, Sida, VIH, Meningitis, Afección Renal Crónica, Síndrome Guillan Barré, Lupus.	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica completa de la hospitalización
	Diagnóstico médico (Patología)
	Certificación bancaria donde se evidencie numero y tipo de cuenta del reclamante(Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formulario de Solicitud de vinculación de clientes Persona Natural (Sarlaff) totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, no se pueden dejar espacios en blanco donde no hay lugar a una respuesta colocar N/A.
	Formato Radicación de Reclamación Pólizas de Seguros de Vida diligenciado en su totalidad sin tachones ni enmendaduras.
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN	Copia del documento de identidad del asegurado.
	Historia clínica o concepto del médico tratante.
	Dictamen de calificación de la pérdida de capacidad laboral que cumpla con los requisitos del manual único de calificación de invalidez
	Certificación bancaria donde se evidencie numero y tipo de cuenta del reclamante(Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formulario de Solicitud de vinculación de clientes Persona Natural (Sarlaff) totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, no se pueden dejar espacios en blanco donde no hay lugar a una respuesta colocar N/A.
	Formato Radicación de reclamaciones pólizas de seguros de vida
	Dictamen e historia clínica completa, incluyendo para clínicos que demuestren el nivel de desmembración
	Orden de hospitalización del médico tratante.



**REQUISITOS RECLAMACIONES - POLIZA ACCIDENTES PERSONALES
ESTUDIANTILES - UNIVERSIDAD DEL QUINDIO**



RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica completa de la hospitalización
	Certificado de la entidad promotora de salud "EPS" donde conste el número de días de la incapacidad concedida.
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante (Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formato Radicación de Reclamación Pólizas de Seguros de Vida diligenciado en su totalidad sin tachones ni enmendaduras.
GASTOS MÉDICOS	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica completa de la hospitalización
	Facturas originales debidamente canceladas que cumplan con los requisitos exigidos por la DIAN
	Soporte de la prescripción médica
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante (Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formato Radicación de Reclamación Pólizas de Seguros de Vida diligenciado en su totalidad sin tachones ni enmendaduras.
	Formulario de Solicitud de vinculación de clientes Persona Natural (Sarlaft) totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, no se pueden dejar espacios en blanco donde no hay lugar a una respuesta colocar N/A.
REHABILITACION INTEGRAL POR INVALIDEZ, RIESGO BIOLÓGICO, ENFERMEDADES TROPICALES INFECCIOSAS,	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica completa del diagnóstico
	Diagnóstico médico (Patología)
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante (Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Sarlaft (Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal)
	Formato Radicación de Reclamación Pólizas de Seguros de Vida diligenciado en su totalidad sin tachones ni enmendaduras.
GASTOS DE TRASLADO POR ACCIDENTE	Copia del documento de identidad del asegurado
	factura del servicios prestado y pagado - gastos de traslado.
	Historia clínica completa del diagnóstico
	Diagnóstico médico (Patología)
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante (Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formulario de Solicitud de vinculación de clientes Persona Natural (Sarlaft) totalmente diligenciado sin tachones ni enmendaduras, no se pueden dejar espacios en blanco donde no hay lugar a una respuesta colocar N/A.
	Formato Radicación de Reclamación Pólizas de Seguros de Vida diligenciado en su totalidad sin tachones ni enmendaduras.