

VIDA GRUPO: DOCUMENTOS POR AMPARO SEGÚN CONDICIONES DE LA POLIZA

Documentos	MUERTE Aux funerario Aux canasta Aux repatriación Aux traslado cuerpo nal	MUERTE ACCIDENTAL	ITP Aux canasta	IPP / desmem accidental	Enfermedades Graves / Aux canasta	RENTA X HOSPITAL	RENTA POR CIRUGIA	RENTA POST HOSPITAL / INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL	GASTOS MEDICOS X ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE	Aux nacimiento	GASTOS EXEQUIALES	Aux cirugía ambulatoria	AUX DESEMPLEO
Formato de reclamación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cédula el asegurado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro de defunción	X	X									X		
Certificado de defunción	X	X											
Historia Clínica	X	Cuando exista	X	X	X	X	X		X			X	
Resultado alcoholemia		X											
Acta levantamiento de Cadáver		X											
Protocolo de Necropsia		X											
Sentencia declaratoria muerte presunta		X											
Calificación de Invalidez			X	Cuando exista									
Resultado de Patología					X								
Resultados de exámenes diagnósticos					X								
Prescripción de incapacidad temporal				X				X					
Facturas de gastos incurridos									X		X		
Historia clínica fecha de hospitalización desde - hasta						X		X					
Registro de nacimiento del menor										X			
Carta de terminación del contrato laboral													X
Autorización transferencia electrónica			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Certificación Bancaria			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
SARLAFT			X	X	X	X	X	X	X	X		X	
Documentos beneficiarios													
Designación de beneficiarios si hay	X	X											
Si no hay beneficiarios designados, para determinarlos:													
Declaraciones Extra juicio (Vr. asegurado inferior a 150 SMMLV)	X	X											
Sentencia de sucesión (Vr. asegurado superior a 150 SMMLV)													
Cédulas y documentos de los beneficiarios	X	X									X		
Registro de nacimiento beneficiarios	X	X											
Autorización transferencia electrónica	X	X									X		
SARLAFT cuantías superiores a 20 millones vr asegurado	X	X									X		
Certificación Bancaria	X	X									X		

Recuerda!

- Los amparos a afectar, son los contratados en la póliza.
- Compañía de seguros Colsanitas S.A se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales para formalizar la reclamación, según sea el caso.
- Todos los pagos se realizan por transferencia electrónica. No obstante, el diligenciamiento del formulario de transferencia electrónica NO implica un compromiso de pago o aceptación de la obligación por parte de Compañía de Seguros Colsanitas S.A. a favor del suscriptor, pues el reclamo ingresa para estudio de la aseguradora.

Servicio al cliente

Línea en Bogotá: 601-7398939 • Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com • Calle 100 #11B-67 Bogotá

Defensoría del Consumidor Financiero:

Camila A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente)

Carrera 10 # 97A - 13, ofc.502, Bogotá D.C. - Tel: 601 610 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensoriacolsanitasseguros@legalcrrc.com

