MAPFRE
REQUISITOS PARA TRÁMITES DE SEGURO

RECOMENDACIONES

Un Reclamo o Siniestro es un elemento clave en un contrato de seguro, razón de la importancia de brindar una asesoría clara y precisa a nuestros clientes, sobre el trámite y la documentación necesaria, con la cual se podrá iniciar acciones y determinar la cobertura.

La tramitación del siniestro comienza con la declaración que realiza el asegurado o el beneficiario, una vez que ocurre el mismo, es la primera noticia que recibiremos, por lo tanto, es fundamental que esta declaración aporte una información completa sobre las causas y las consecuencias que derivan el siniestro, sin embargo, la notificación se realiza, hasta que nos presentan la documentación.

Antes de pasar a los listados de requisitos por cobertura, te recomendamos lo siguiente:

1. Los formularios deberán contener tachaduras ni enmendaduras y deberán ser completados en todas sus partes.
2. Las certificaciones de Nacimiento y Defunción deberán ser recientes no menos de 3 meses.
3. Los testigos que declaran en los formularios 1 y 3 deberán ser completados por personas mayores de edad, que no tengan ningún vínculo familiar con el asegurado ni con los beneficiarios.
4. Cuando nos presentan un Poder Judicial y Administrativo, solicitar el original, para que nuestro departamento legal pueda validarlo.
5. En caso de que el Asegurado o Beneficiario no pueda firmar, sino que únicamente coloque sus huellas digitales, informar que para la entrega de la Indemnizacion será necesario contar con una persona que firme a ruego, del cual nos presentarán copia de DUI.
6. Para notificar de forma oportuna la resolución del reclamo, solicitar el contacto del cliente, teléfono y dirección de correo electrónico.

COMO ÚLTIMA RECOMENDACIÓN

Es realizar un checklist de los requisitos, de esta forma comprobamos que la documentación que nos presentan es completa o de lo contrario informamos oportunamente sobre la documentación que hace falta.

REQUISITOS PARA EL TRÁMITE DE RECLAMOS DE VIDA POR COBERTURA

MAPFRE

I. FALLECIMIENTO DEL TITULAR

I. FALLECIMIENTO DEL TITULAR

1. La Póliza de Seguro de Vida Individual o en caso de Seguro Colectivo, el certificado.
2. Formularios de:

   Declaración N° 1: Reclamo de Seguro de Vida.
   Declaración N° 2: Certificación Médica, si hubiere, en caso de muerte natural.
   Declaración N° 3: Prueba de Fallecimiento.
   Los Formularios de Declaración N° 1 y 3, no deben ser completados por la misma persona a que se refieren como testigos. Deben ser dos testigos diferentes y ninguno de ellos debe ser familia del asegurado o beneficiarios.
3. Original de certificación de partida de nacimiento del asegurado.
4. Original de certificación de la partida de defunción del asegurado.

5. Original de certificación del Reconocimiento médico forense o Levantamiento de cadáver, si la muerte fue accidental o violenta.
6. Original de Certificación de Resultado de Autopsia y de Pruebas toxicológicas (si aplica).
7. Original de Parte Policial (en caso de muerte violenta). Fotocopia legible del Documento Único de Identidad (DUI) y de
8. Número de Identificación Tributaria (NIT) del asegurado.
9. Fotocopia legible del Documento Único de Identidad (DUI) de beneficiario (mayores de edad).
10. Certificación de la partida de nacimiento de beneficiarios(s) menor(es) de edad (no más de 3 meses de antigüedad).
11. Original Documento de Nombramiento de Tutor definitivo y copia de DUI del mismo, en caso de beneficiarios menores de edad que queden desamparados.
12. Original de certificación de partida de defunción de beneficiario (s) fallecido (s).

II. GASTOS FUNERARIOS

II. GASTOS FUNERARIOS

1. POR TITULAR

1. Póliza de Seguro de Vida Individual o en caso de Seguro Colectivo, el certificado.
2. Formulario de Reclamo de Gastos Funerarios.
3. Original de certificación de partida de defunción.
4. Original de certificación de partida de nacimiento.
5. Fotocopia legible de Documento Único de Identidad (DUI). Fotocopia legible del Documento Único de Identidad del testigo.

2. BENEFICIARIOS (Cónyuge e Hijos del Asegurado)

1. Póliza de Seguro de Vida Individual o en caso de Seguro Colectivo, el certificado.
2. Formulario de Reclamo de Gastos Funerarios.
3. Original de certificación de Partida de Defunción del beneficiario.
4. Original de certificación de Partida de nacimiento del beneficiario.
5. Fotocopia legible de Documento Único de Identidad (DUI) de beneficiario (mayores de edad).
6. Fotocopia legible de Documento Único de Identidad – DUI del asegurado.
7. Fotocopia legible de Documento Único de Identidad – DUI de la persona que figura como testigo en el formulario, la cual no debe ser familiar del asegurado ni del beneficiario fallecido.

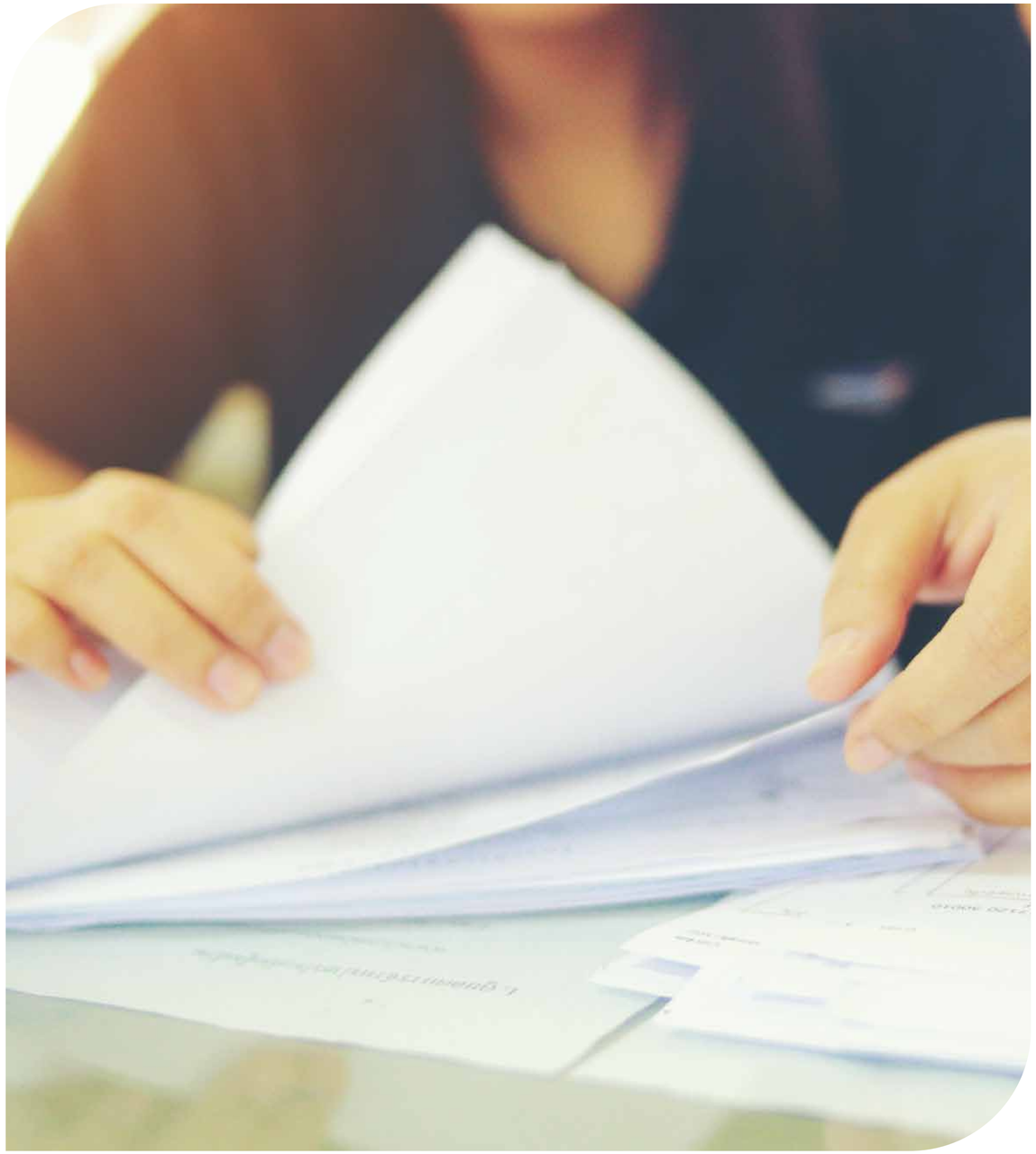
MAPFRE

II. PÉRDIDA O DESMEMBRAMIENTO DE MIEMBROS

III. PÉRDIDA O DESMEMBRAMIENTO DE MIEMBROS

1. Certificado de Seguro Colectivo de Vida.
2. Formulario de Reclamo de Gastos Médicos, debidamente completado en todas sus partes indicando el beneficio a reclamar, y firmado y sellado por el médico tratante.
3. Original de Certificación de Partica de Nacimiento del Asegurado.
4. Fotocopia legible del Documento Único de Identidad (DUI) del Asegurado.
5. Historial clínico completo emitido por el médico tratante o por el Centro Hospitalario correspondiente, en donde se indique el origen o la naturaleza de las lesiones causantes de la perdida de o desmembramiento, este debe incluir el nombre completo del paciente, y el procedimiento realizado.

IV. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE



IV. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

1. Póliza de Seguro de Vida Individual o en caso de Seguro Colectivo, el certificado.
2. Formulario de Reclamo de Gastos Médicos, debidamente completado en todas sus partes indicando el beneficio a reclamar, y firmado y sellado por el médico tratante.
3. Original de Certificación de Partida de Nacimiento del Asegurado.
4. Certificación o constancia de la invalidez declarada por la Comisión Calificadora de Invalidez de la Superintendencia (si aplica).
5. Historial clínico completo emitido por el médico o médicos tratantes o por el Centro Hospitalario, éste debe indicar el origen o la naturaleza y el desarrollo y consecuencia de las lesiones causantes de la invalidez y la probable duración de la misma.
6. Fotocopia legible de Documento Único de Identidad (DUI) del Asegurado.

V. ENFERMEDADES GRAVES

V. ENFERMEDADES GRAVES

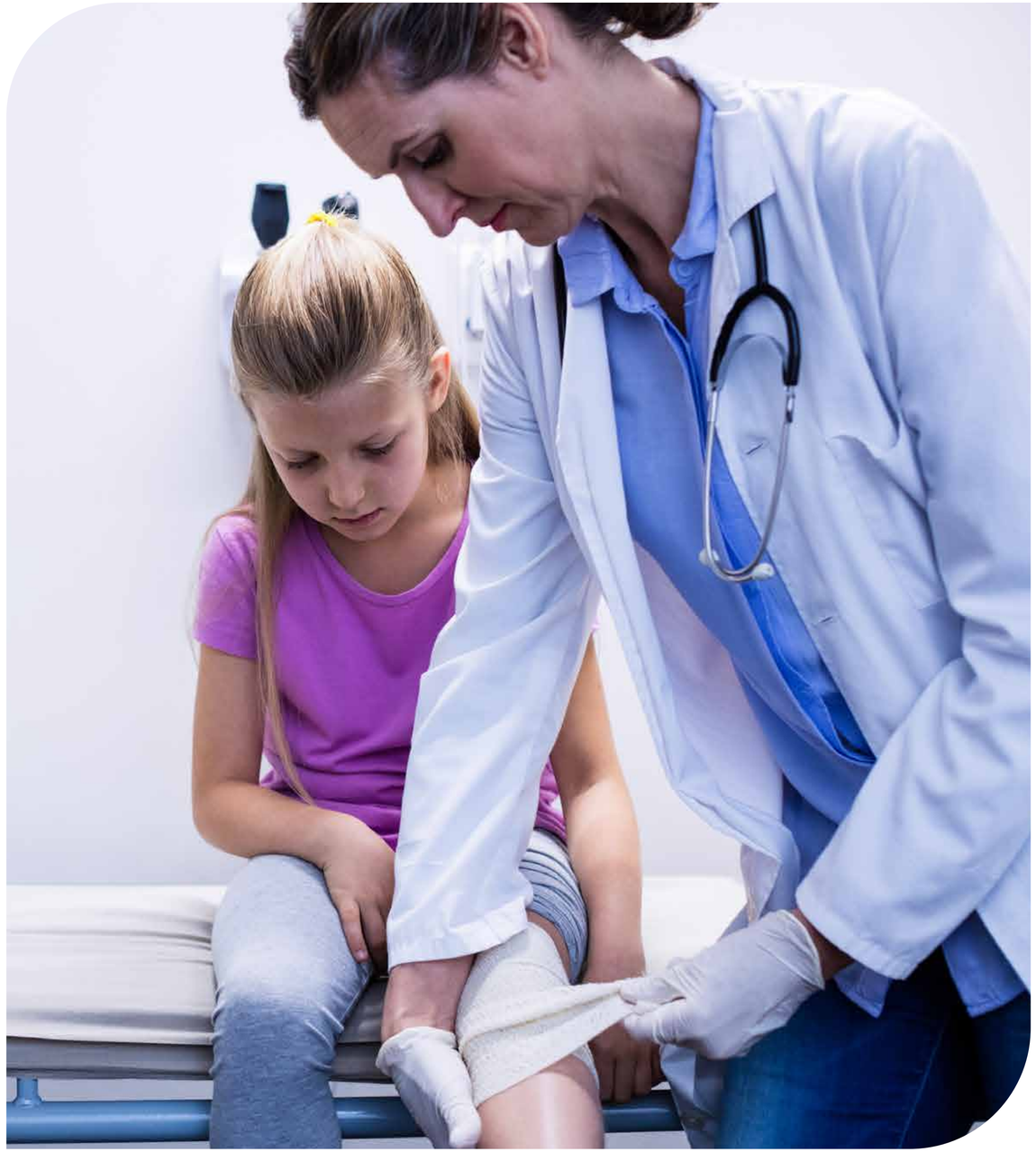
1. Póliza de Seguro de Vida Individual o en caso de Seguro Colectivo, el certificado.
2. Formulario de Reclamo de Gastos Médicos, debidamente completado en todas sus partes indicando el beneficio a reclamar, y firmado y sellado por el médico tratante.
3. Original de Certificación de Partida de Nacimiento del Asegurado.
4. Historial clínico completo emitido por el médico tratante o por el Centro hospitalario correspondiente.
5. Presentar resultado de pruebas Radiológicas, Histológicas(biopsias) y de laboratorio.
6. Fotocopia legible de Documento Único de Identidad (DUI) del Asegurado.

VI. RENTA POR INCAPACIDAD U HOSPITALIZACIÓN

VI. RENTA POR INCAPACIDAD U HOSPITALIZACIÓN

1. Póliza de Accidentes Personales Individuales o en caso de Seguro Colectivo, el certificado.
2. Formulario de gastos médicos.
3. Copia de DUI del Asegurado.
4. Constancia extendida por el hospital, la cual debe contener como mínima información: fecha de ingreso y egreso, nombre completo del Asegurado y causa o diagnóstico de la hospitalización.

VII. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS – SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES – EMPRESAS – COLEGIOS



VII. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICO – SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES – EMPRESAS – COLEGIOS

1. Póliza de Accidentes Personales Individuales o en caso de Seguro Colectivo, se omite.
2. Formulario de Reclamo de Accidentes Personales, completado en toda su partes, en el apartado que corresponde a la Declaración Medica, deberá ser firmado y sellado por el médico tratante.
3. Facturas originales de honorarios médicos, indicando el nombre del paciente y detallando los servicios brindados.
4. Receta médica u órdenes de rayos x en original firmada y sellada por el médico tratante.
5. Facturas originales de laboratorio y farmacias.
6. Copia de certificación de partida de nacimiento del asegurado (alumno si es reclamo de colegio).
7. Copia del DUI del padre del alumno o persona responsable registrado en la institución.

MAPFRE