

**ACTA DE RECIBO DOCUMENTOS RECLAMACIÓN**

**FORMATO ÚNICO DE AVISO DE SINIESTRO**



Fecha de aviso:  
DD / MM / AAAA

Fecha del siniestro:  
DD / MM / AAAA

Fecha entrega de los documentos completos:  
DD / MM / AAAA

**Nota:**  
El análisis de su caso solamente podrá iniciar una vez se entreguen todos los documentos requeridos.

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_ Cédula Titular: \_\_\_\_\_

Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_

No. Siniestro. \_\_\_\_\_

**CHECK LIST RADICACIÓN DOCUMENTOS PARA LA RECLAMACIÓN**

**PARA ACCIDENTES PERSONALES Y CON ANEXO A INCAPACIDAD TEMPORAL**

|                    | No. | Descripción  | Check |
|--------------------|-----|--|-------|
| PARA FALLECIMIENTO | 1   | Fotocopia del documento de identidad del asegurado   |       |
|                    | 2   | Registro civil de defunción  |       |
|                    | 3   | Copia del acta de levantamiento de cadáver o certificación de la fiscalía que indique fecha de accidente y datos del asegurado o certificación de la institución de la entidad médica en la cual conste que la muerte fue accidental |       |
|                    | 4   | Resultado de prueba de alcoholemia psicofármacos   |       |
|                    | 5   | Documentos que acrediten la calidad de los beneficiarios   |       |
|                    | 6   | Certificado de cuenta bancaria de los beneficiarios  |       |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| PARA INHABILITACIÓN TOTAL Y PERMANENTE Y DESMEMBRACIÓN | 1 | Fotocopia del documento de identidad del asegurado   |  |
|  | 2 | Historia Clínica completa  |  |
|  | 3 | Certificado original del médico que haya asistido al asegurado indicando origen, evolución, y naturaleza de la inhabilitación Total y Permanente |  |
|  | 4 | Certificado de cuenta bancaria del asegurado   |  |

|                          |   |  |  |
|--------------------------|---|--|--|
| PARA ENFERMEDADES GRAVES | 1 | Fotocopia del documento de identidad del asegurado   |  |
|                          | 2 | Certificados y exámenes médicos, en original del dictamen médico en que conste el tiempo de evolución y fecha de diagnóstico de la enfermedad, expedidos por el médico tratante afiliado a la EPS, ARL, Póliza de salud, régimen subsidiado o médico especialista en medicina ocupacional o médico afiliado a la medicina pre-pagada del asegurado |  |
|                          | 3 | Exámenes que comprueban el padecimiento de la enfermedad (biopsia, radiografías , etc)   |  |
|                          | 4 | Historia clínica y en caso de cáncer los estudios patológicos que confirman el diagnóstico   |  |
|                          | 5 | Certificado de cuenta bancaria del asegurado   |  |

|                           |   |   |  |
|---------------------------|---|---|--|
| PARA INCAPACIDAD TEMPORAL | 1 | Fotocopia del documento de identidad del asegurado  |  |
|                           | 2 | Original de la certificación expedida por la Entidad Promotora de Salud (EPS), o por el médico tratante y la historia clínica completa o epicrisis, presentando la fecha de inicio de la incapacidad y la fecha de terminación de la misma en caso que el Asegurado haya sido dado de alta. |  |
|                           | 3 | Informe de accidente de la autoridad competente, si es el caso  |  |
|                           | 4 | Las planillas integradas del pago de aportes a Seguridad Social, en las cuales se evidencie una antigüedad mínima de ciento ochenta (180) días en su actividad económica  |  |
|                           | 5 | Para los eventos ocurridos en el exterior, los documentos presentados deberán ser apostillados o autenticados por el Cónsul de Colombia en el país donde haya sucedido la enfermedad o accidente que originó la incapacidad   |  |
|                           | 6 | Certificado de valor de la cuota mensual del crédito expedido por el Tomador a la fecha de la incapacidad del asegurado   |  |

**PARA DESEMPLEO**

| No. | Descripción   | Check |
|-----|---|-------|
| 1   | Fotocopia de la cédula de ciudadanía o del documento de identificación.   |       |
| 2   | Fotocopia de la comunicación oficial de terminación del contrato laboral del asegurado. en caso de terminación por mutuo acuerdo. fotocopia del acuerdo de terminación en donde se indique el pago de una indemnización por parte del empleador, en un monto equivalente o superior al 50% de la indemnización que el empleado hubiese recibido por despido sin justa causa |       |
| 3   | Fotocopia de la certificación laboral que precise fecha de inicio. fecha de terminación, tipo de vínculo laboral, cargo ejercido, motivo de terminación de la relación laboral y remuneración   |       |
| 4   | En caso de haber sido empleado con contrato a término fijo, deberá precisarse en la certificación la fecha de inicio y terminación originalmente pactada en el contrato, cuando la certificación laboral no contenga las fechas de inicio y de terminación originalmente pactadas, el asegurado podrá presentar fotocopia del contrato laboral o de la liquidación          |       |
| 5   | Certificado del valor de la cuota mensual del crédito expedido por el tomador a la fecha de la situación de Desempleo del asegurado   |       |
| 6   | Carta del cliente informando que continua en condición de desempleo a partir del segundo pago en adelante   |       |

Observaciones adicionales:

¿Está presentando alguna reclamación por este mismo evento en otra compañía?

|                          |
|--------------------------|
| SI                       |
| <input type="checkbox"/> |

|                          |
|--------------------------|
| NO                       |
| <input type="checkbox"/> |

De ser así por favor indique el nombre de la compañía de Seguros:

**Persona que entregó de los documentos.**

Nombre:

C.C.

Firma:

**LA ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS NO IMPLICA LA ACEPTACIÓN O APROBACIÓN DE LA RECLAMACIÓN.**

**MAPFRE DARÁ RESPUESTA A SU CASO EN UN PLAZO MÁXIMO DE 30 DÍAS CALENDARIO A PARTIR DE LA FECHA DE ENTREGA DE LOS DOCUMENTOS COMPLETOS**

Los documentos los pueden radicar en el siguiente correo electrónico: [zzlaperturasvida@mapfre.com.co](mailto:zzlaperturasvida@mapfre.com.co)

Autorizo que cualquier comunicación de solicitud de documentos o respuesta formal a mi caso, sea enviada al correo electrónico aquí registrado

En caso de consulta o inquietudes se puede comunicar a la línea nacional 01800974545

EN CASO DE SINIESTRO COMUNÍQUESE A:



**NACIONAL: 018000 977 025**  
**BOGOTÁ: 307 7026**

Opción 1: Orientación o información  
Opción 2: Reporte e información de Siniestros

El asesor que recibió sus documentos fue:

\_\_\_\_\_