

DOCUMENTO BASICO (ESPECIFICACION)		MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	INCAPACIDAD PERMANENTE	GASTOS DE TRANSPORTE	GASTOS MEDICOS
		750 SMLDV	180 SMLDV	10 SMLDV	800 SMLDV
ORIGINAL FORMULARIO RECLAMACION (Debidamente diligenciado) Según formatos adoptados por Minproteccion Social	FURPEN	X	X		
	FURTRANS			X	
	FURIPS				X
DOCUMENTOS IDENTIFICACION	Fotocopia Documentos de Identificación del Afectado y de Reclamante(S)	X	X	X	X
REGISTROS DEL FALLECIDO :	Copia Autentica Registro Civil de Nacimiento	X			
	Copia Autentica Registro Civil de Defunción	X			
PRUEBA DE LA CONDICION DE BENEFICIARIO- según sea el caso :	Copia Autentica de los Registros Civiles de: Matrimonio, Nacimiento o Defunción según corresponda, respecto del Cónyuge, los Hijos, los Padres de la víctima y los Hermanos o Prueba de la condición de compañera(o) permanente (para acreditar la unión marital de hecho, conforme lo establecido en la Ley 54 de 1990, modificada parcialmente por la Ley 979 de 2005, se hace necesario aportar uno cualquiera de los siguientes documentos.:	X			
	* Escritura pública o Acta de conciliación Extraprocesal ante Notario donde el fallecido deje constancia de la existencia de dicha sociedad y acrediten la unión marital de hecho (legalizada en Vida) o * Sentencia Definitiva de Acreditación de Compañero(a) Permanente, emitida por Juzgado de Familia donde el juez declara la Unión marital de Hecho	X			
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS CONDICION DE BENEFICIARIO :	Sentencia ejecutoriada en la que se designe Representante legal o Curador del menor(es) de edad, cuando estos sean los beneficiarios y quien reclama no es uno de sus ascendientes	X			
	Original Declaraciones extra juicio en la que se indique: 1,- si existen o no otros beneficiarios con igual o mejor derecho que los reclamantes para acceder a la indemnización 2,- indiquen el estado civil de la víctima (casado, Viudo, soltero, con o sin unión marital de hecho) 3,- Composición familiar del fallecido (detallando parentesco y nombres) 4,- Exonerar a AxaColpatria por no haber ninguna persona diferente con mayor derecho a reclamar	X			
OTROS	Epicrisis o Resumen Clínico de atención si la víctima de Accidente de Tránsito fue atendida antes de su muerte detallando: Nombre completo, No. de identificación de la víctima y medico tratante; Fecha y hora atención y hallazgos y causas de muerte	X			
	Certificación de la Fiscalía General de la Nación en la cual curse el proceso de muerte en accidente de tránsito de la víctima o Certificado de inspección Técnica del Cadáver	X			
CALIFICACION PERDIDA DE CAPACIDAD LABORAL	Original del Dictamen de calificación de capacidad laboral en firme emanado de la autoridad competente a lo establecido en el artículo 142 del Decreto - Ley 019 de 2012, en el que se especifique el porcentaje de pérdida de capacidad laboral		X		
	Epicrisis o Resumen Clínico de atención detallando: Nombre completo, No. de identificación de la víctima y medico tratante; Fecha y hora atención donde conste que la persona atendida fue víctima de accidente de Tránsito		X		
CONSTANCIA TRASLADO	Constancia de la efectiva realización del transporte y movilización de las víctimas resultantes del accidente de tránsito expedida por la IPS que atendió a la víctima, según formato adoptado por el Ministerio de la Protección Social, en la cual deberá constar expresamente la hora en la cual fue recibida la víctima del accidente o evento, el lugar en el cual se manifiesta haber sido recogida y la dirección de la IPS que la admitió, dicha certificación estará suscrita por la persona designada por la entidad hospitalaria para el trámite de admisiones			X	
	Original de la Factura que cumpla con requisitos DIAN			X	
DEMOSTRACION OCURRENCIA Y CUANTIA	Epicrisis o Resumen Clínico de atención según corresponda, documentos que deben contener los datos específicos señalados en los artículos 31 y 32 del Decreto 056 del 20015				X
	Documentos que soporten el contenido de la Historia Clínica o Resumen clínico de atención que para el efecto señala el Ministerio de Protección Social				X
	Original de la Factura de la IPS, donde se discrimine los conceptos facturados a tarifas SOAT según Decreto 2423/96, (Factura debe venir a nombre de AXACOLPATRIA SEGUROS S.A. NIT. 860002184-6)				X
	Factura del Proveedor de la IPS, cuando se reclame Material de Osteosíntesis				X
FOTOCOPIA POLIZA		X	X	X	X
DATOS PARA PAGO	Comunicación Escrita Indicando claramente Banco; Tipo de cuenta y No. de cuenta Bancaria , para realizar Transferencia electrónica. En Caso que no se tenga cuenta Bancaria es necesario adjuntar Comunicación escrita, donde se autorice a AXACOLPATRIA SEGUROS S:A a girar el dinero en cheque, indicando que NO SE TIENE CUENTA BANCARIA	X	X	X	X