

MUERTE, AUXILIO FUNERARIO.	Copia del documento de identidad del asegurado
	Copia del documento de indentidad de los beneficiarios
	Certificado de defusion.
	Documento(s) que demuestre(n) la calidad de beneficiarios de ley.
	Para conyugues:Registro civil de matrimonio y/o declaracion JURAMENTADA PARA LAS UNIONES DE HECHO.
	Para padres: Registro civil de Nacimiento.
	Documento que demuestre causa de la muerte(historia clinica y/o protocolo de necropsia.
	Acta del levantamenito del cadaver o autopsia o certificado de fiscalia.
	Copia del protocolo de necropsia.
	En accidente de tránsito: croquis del accidente, resultado de alcoholemia(en los casos que apliquen).
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante.
Formulario Sarlaft Persona Natural	
Formato de reclamaciones vida (Completamente diligenciado).	
ENFERMEDADES GRAVES Y/O AMPARADAS : Incluye Cáncer,Insuficiencia renal crónica, Infarto al miocardio, Cirugía arteria coronaria, Afección de arteriocoronaria que exija cirugia, Esclerosis múltiple, Quemadura severa, Enfermedad de alzhéimer, Enfermedad de Parkinson, Leucemia, Estado de coma, Traumatismo mayor de cabeza, Accidente o enfermedad cerebro vascular, Trasplante órganos vitales: hígado, pulmón, páncreas, corazón, intestino delgado. próstata, cuello uterino (como anticipo del amparo de enfermedades graves).	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica completa de la hospitalización Y Diagnóstico médico (Patología)
	Certificación bancaria donde se evidencie numero y tipo de cuenta del reclamante(Si se selecciona abono a cuenta bancaria
	Sarlaft (Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal)
	Formato de reclamaciones vida (Completamente diligenciado).
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	Copia del documento de identidad del asegurado.
	Historia clínica completa y concepto del médico tratante.
	Dictamen de calificación de la perdida de capacidad laboral que cumpla con los requisitos del manual único de calificación de invalidez
	Si presenta afectación del amparo de desmembración, debe incluir los para clínicos que demuestren el nivel de desmembración.
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante.
	Formulario Sarlaft Persona Natural.
Formato de reclamaciones vida (Completamente diligenciado)	

INCAPACIDAD TEMPORAL (RENTA DIARIA ENFERMEDAD)	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica o concepto del médico tratante.
	Incapacidad emitida por la EPS, con días de incapacidad fecha inicio y fecha fin, con firma de talento Humano Universidad del Quindio.
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(Si se selecciona abono a cuenta bancaria)
	Formato de reclamaciones vida (Completamente diligenciado).
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	Copia del documento de identidad del asegurado
	Historia clínica completa, orden de hospitalización del médico tratante. (debe contener fecha de ingreso y de salida del piso).
	Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante.
	Formato de reclamaciones vida (Completamente diligenciado).
	Formato de reclamaciones vida (Completamente diligenciado).
RENTA MENSUAL POR MUERTE	Formato de solicitud de reclamación
	Fotocopia Registro Civil de defunción o certificación original
	En accidente de tránsito, croquis del accidente resultado de alcoholemia (en los casos que apliquen).
	Soporte Bancario donde se evidencie el número de la cuenta donde desee se le realice el pago (si selecciono Abono a cuenta bancaria)
	Formato de vinculación y conocimiento del cliente "sarlaft" (diligenciado en su totalidad de manera legible, sin tachones ni enmendaduras).
	Fotocopia del documento de identidad del asegurado y de los beneficiarios
	Copia de documento que demuestre el parentesco con el asegurado.