

## Solicitud de Auxilios PAS

No. Radicación : \_\_\_\_\_

Ciudad y Oficina de Reclamo		Incapacidad <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	Evento fue por Accidente <input type="checkbox"/>	EPS
Fecha de solicitud Año Mes Día		Auxilio Funerario <input type="checkbox"/>	Enfermedad Grave <input type="checkbox"/>	Cédula	
Dirección Residencia			Ciudad	Teléfono	
Dirección Oficina			Teléfono	E-mail	
Apellido(s) y Nombre(s) del Médico Tratante ( Excepto para el Auxilio Funerario)			Teléfono	E-mail	

### Datos de la Persona Fallecida ( En caso de reclamo por Auxilio Funerario de Familiar Directo ó Familiar Adicional)

Apellido(s) y Nombre(s) del Fallecido			
Fecha de Fallecimiento Año Mes Día	Cédula	Parentesco	Edad

### Datos de la Institución Hospitalaria ( En caso de reclamo por hospitalización)

Nombre de la Institución		Dirección	
Teléfono	Fecha de hospitalización Año Mes Día	Tiempo de Hospitalización	Tiempo en Cuidados Intensivos

El documento diligenciado por el Asociado, debe estar sin enmendaduras ni tachones.

La veracidad de los documentos presentados es responsabilidad del Asociado.

Para el pago de cualquier Amparo, los documentos enviados del Exterior, deben venir apostillados, solo si el valor de la liquidación del Amparo es mayor a 19 SMMLV.

**Para efectos de dar inicio al pago del amparo sólo se recibirá la documentación completa de acuerdo a los requisitos aquí descritos.**
**"Señor Asociado por favor exija al Asesor el Número de Radicación de los documentos que está anexando":**
**Declaro que anexo los siguientes documentos:**

Para Hospitalización	Para Enfermedad Grave
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de la Historia Clínica, identificando el inicio de la enfermedad. Fecha: AAAA MES DÍA <input type="checkbox"/></li> <li>- Factura Pagada que sustente el número de días de Hospitalización o Certificado de Hospitalización de la IPS o la Entidad a través de la cual se se efectuó el cubrimiento de Hospitalización Domiciliaria en el cual se especifique días de Hospitalización en Sala o Piso y/o días de UCI. <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de la Historia Clínica, identificando el inicio de la enfermedad. Fecha: AAAA MES DÍA <input type="checkbox"/></li> <li>- Reporte de Patología (en los casos que aplique). <input type="checkbox"/></li> </ul>

SS-FT-006(Anverso)

Mod. Junio/2015

✓ @ @  
 ✓ Incapacidad  
 ✓ Historia Clínica completa desde el inicio del diagnóstico  
 - (Nota quirúrgica) Adic