

**inpep**



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE INPEP**

San Salvador, 08 de diciembre de 2021

# inpêp



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

## AUTORIZACIÓN

Dr. José Nicolás Ascencio Hernández

Presidente

Licda. Silvia Marlene Rosa de Flores

Gerente

San Salvador, 08 de diciembre de 2021

**inpêp**



GOBIERNO DE  
EL SALVADOR

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS  
DEPARTAMENTO DE SEGUROS

Lic. Deysi Nohemí Ramírez Flores

Subgerente Administrativo

Revisó



Lic. Juan Esteban Castiva Gaitán

Jefe de Departamento

Elaboró



San Salvador, 08 de diciembre de 2021

## INDICE

### CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	2
OBJETIVOS .....	3
OBJETIVO GENERAL .....	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	3
MARCO LEGAL .....	4
PROCEDIMIENTOS DE DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE INPEP .....	6
INSCRIPCIONES, MODIFICACIONES Y EXCLUSIONES DE EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS EN PÓLIZAS DE INPEP .....	6
RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP .....	12
RECLAMOS DE DAÑOS A UNIDADES HABITACIONALES FINANCIADAS POR INPEP .....	18
RECLAMOS MÉDICOS .....	26
CASOS DE HOSPITALIZACIÓN .....	29
RECLAMO DE DEUDA .....	31
DIAGRAMAS DE FLUJO .....	40
GLOSARIO .....	55
FORMATOS .....	56
RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP .....	56
RECLAMOS DE DAÑOS A UNIDADES HABITACIONALES FINANCIADAS POR INPEP .....	59
RECLAMOS MÉDICOS .....	61
RECLAMOS DE DEUDA .....	62
ANEXOS .....	66
FORMULARIOS PROVISTOS POR ASEGURADORA PARA RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP .....	66
FORMULARIOS PROVISTOS POR ASEGURADORA PARA RECLAMOS DAÑOS A UNIDADES HABITACIONALES FINANCIADAS POR INPEP .....	68
FORMULARIOS PROVISTOS POR ASEGURADORA PARA RECLAMOS MÉDICOS .....	70
FORMULARIOS PROVISTOS POR LA ASEGURADORA PARA RECLAMOS DE DEUDA .....	74
BITÁCORA DE ACTUALIZACIÓN .....	79



## INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Procedimientos del Departamento de Seguros de INPEP, que a continuación presentamos, consiste en una documentación, en forma integral y detallada, de los procedimientos administrativos, tomando en cuenta las necesidades específicas y las características propias de la Unidad.

Su uso, es necesario para instruir y capacitar al personal que labora en este Departamento y hacerle comprender la necesidad de ejecutar adecuadamente las instrucciones y procedimientos dados en dicho manual.

A través de él, se puede planificar de manera eficiente tanto el recurso humano como material, y obtener eficiencia y eficacia en las actividades desarrolladas como también seguridad en el registro de las operaciones, ya que habrá uniformidad de criterios.

El siguiente trabajo comprende un estudio realizado en el Departamento de Seguros de INPEP con la finalidad de diseñar un Manual de Procedimiento Administrativos el cual está estructurado en cuatro capítulos, los cuales presentarán:

- Objetivos.
- Marco Legal
- Procedimientos
- Diagramas de Flujo

Dónde se tratará todo lo relacionado las normas y procedimientos que debe seguir el personal que labora en el Departamento de Seguros de INPEP.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Establecer lineamientos sobre los controles generales que garanticen de forma razonable, la confiabilidad de los procesos que son realizados bajo el cumplimiento del Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Precisar pautas y criterios generales para llevar a cabo acciones que deben realizarse en el Departamento de Seguros del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).
2. Proporcionar directrices claras a ser seguidas en el desarrollo de la toma de decisiones en el área de Seguros.
3. Ser instrumento útil para la orientación e información al personal, a fin de cumplir con el Sistema de Control Interno del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).



El marco legal está definido por:

1. Constitución de la República de El Salvador vigente desde el 20 de diciembre de 1983. Norma fundamental del Estado salvadoreño.
  
2. Ley del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos – Decreto Legislativo N.º 373 de fecha 16 de octubre de 1975, publicado en el diario oficial N.º 198, Tomo N.º 249 de fecha 24 del mismo mes y año, sus modificaciones y sus reglamentos:
  - a. Reglamento de Préstamos personales a los asegurados y pensionados del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos – Decreto Ejecutivo N.º 30 de fecha 03 de junio de 1988, publicado en el diario oficial N.º 103, Tomo N.º 299 de fecha 03 de junio de 1988.
  
  - b. Reglamento de Préstamos hipotecarios del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos – Decreto Ejecutivo de fecha 24 de marzo de 1988, publicado en el diario oficial N.º 59, Tomo N.º 298 de fecha 24 de marzo de 1988.
  
3. Código de Comercio de El Salvador (artículos 1344 al 1500)
  
4. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP) – Decreto Legislativo N.º 868, del 5 abril del 2000, publicado en el diario oficial. N N.º 88, Tomo 347, del 15 mayo del 2000, sus modificaciones y sus reglamentos.
  
5. Ley de sociedades de seguros - Decreto legislativo No. 844, de fecha 10 de octubre de 1996, sus modificaciones y sus reglamentos.
  
6. Ley Orgánica de la Administración Financiera del Estado - Decreto Legislativo No. 516 del 23 de noviembre de 1995, publicado en el Diario Oficial No. 7 Tomo 330 de fecha 11 de enero de 1996, sus modificaciones y sus reglamentos



7. Ley de la Corte de Cuentas del República - Decreto No. 438 del 31 de agosto de 1995, Publicado en el Diario Oficial No. 176, Tomo No. 328 del 25 de septiembre de 1995, sus modificaciones y sus reglamentos.
8. Contrato colectivo de Trabajo del Instituto Nacional de Pensiones vigente.
9. Normas Técnicas de Control Interno Especificas del INPEP.





PROCEDIMIENTOS DE DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE INPEP

INSCRIPCIONES, MODIFICACIONES Y EXCLUSIONES DE EMPLEADOS Y  
FUNCIONARIOS EN PÓLIZAS DE INPEP

 <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>
<p>1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p><i>INSCRIPCIONES, MODIFICACIONES y EXCLUSIONES DE EMPLEADOS y FUNCIONARIOS EN PÓLIZAS DE INPEP</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguro de Vida Básico</li> <li>• Seguro Médico Hospitalario</li> <li>• Fianzas de Fidelidad</li> </ul>	
<p>2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p><i>Establecer los Mecanismos para realizar las altas, bajas y modificaciones de las pólizas en las que se incluyan a empleados y funcionarios de INPEP</i></p>	
<p>3. FORMATOS UTILIZADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario de Recepción de documentos.</li> </ul>	
<p>4. NORMAS ESPECÍFICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato Colectivo de Trabajo             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cláusula No. 25 Seguro Médico Hospitalario</li> <li>○ Cláusula No. 26 Seguro de Vida Colectivo</li> </ul> </li> <li>•</li> </ul>	
<p>5. FRECUENCIA DE USO</p>	<p><i>Según demanda</i></p>	
<p>6. PARTICIPANTES DEL PROCESO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborador Departamento de Seguros</li> <li>• Jefe Departamento de Seguros</li> </ul>	
<p>7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO</p>	<p><i>Identifica los distintos pasos y acciones que deben seguirse para poder dar seguimiento, a las altas, modificaciones y bajas del personal que esté incluido en las pólizas de seguros administradas por INPEP</i></p>	
		

N.º de ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION DETALLADA DEL PROCESO
0		Inicio del procedimiento.
1	JEFE SEGUROS	Completado el proceso de contratación de Pólizas de Seguro de Vida Colectivo solicita a través de "Memorándum Interno" al Departamento de Gestión de Talento Humano el listado de todo el personal que labora en la institución.
2	JEFE DE SEGUROS	<p>Recibe del Departamento de Gestión de Talento Humano el listado de todo el personal que labora en la institución. Este listado debe incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Número de Empleado.</li> <li>✓ Nombre Completo</li> <li>✓ Sexo</li> <li>✓ Edad del empleado</li> <li>✓ DUI y NIT de cada empleado</li> <li>✓ Unidad o departamento al que pertenece.</li> <li>✓ Edad del Empleado</li> </ul>
3	JEFE SEGUROS	<p>Tomando como base el listado recibido de Gestión de Talento Humano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Envía nota dirigida a la Compañía de Seguros solicitando los formularios de inscripción para los distintos seguros.</li> </ul>
4	COLABORADOR DE SEGUROS	Recibe de la aseguradora los formularios requeridos



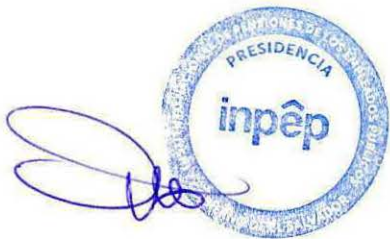
5	COLABORADOR DE SEGUROS	<p>Previa firma de recibido en el listado respectivo</p> <p>Entrega los formularios necesarios y suficientes a cada jefe de unidad o departamento.</p> <p>Les manifiesta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El cuestionario incluido en cada formulario de inscripción, debe ser llenado por cada empleado personalmente.</li> <li>✓ Deben llenarse en forma completa.</li> <li>✓ No deben dejarse espacios en blanco.</li> <li>✓ No debe contener abreviaturas ni guiones.</li> <li>✓ No debe contener borrones enmiendas o tachaduras.</li> <li>✓ Debe estar firmado de puño y letra por cada empleado.</li> <li>✓ Cada formulario debe acompañarse de copias de DUI y NIT, de cada empleado a asegurar</li> <li>✓ Deben completarlos dentro de los dos días hábiles siguientes</li> </ul>
6	COLABORADOR DE SEGUROS	<p>Instruye a cada jefe de Departamento o unidad para que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Distribuya los formularios entre el personal asignado.</li> <li>✓ Informe de las recomendaciones hechas por el Departamento de Seguros.</li> <li>✓ Devuelva los formularios llenos al Departamento de Seguros, conforme a las indicaciones hechas, dentro de los tres días hábiles siguientes a su recepción.</li> <li>✓ Al tener todos los formularios llenos de su unidad o departamento sean devueltos al Departamento de Seguros.</li> </ul>
7	COLABORADOR DE SEGUROS	<p>Recibe los formularios y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los revisa contra nómina, que no falte ninguno.</li> <li>✓ Verifica que cada uno lleve anexa copia de DUI y NIT</li> <li>✓ Prepara nota de remisión con nómina, formularios y copias de documentos.</li> <li>✓ Entrega nota con listado, los formularios y documentación anexa para revisión y firma por parte del jefe del Departamento de Seguros.</li> </ul>
8	JEFE SEGUROS	<p>Revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Que todos los formularios estén completamente llenos.</li> <li>✓ Que no falte ningún documento anexo.</li> <li>✓ Que todos estén firmados por los empleados.</li> <li>✓ Revisa contra nómina que no falte ningún empleado.</li> </ul> <p>Firma nota de remisión.</p>

9	COLABORADOR DE SEGUROS	Envía a la Compañía de Seguros: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nota de remisión y listados.</li> <li>✓ Formularios de inscripción llenos</li> <li>✓ Documentación anexa</li> </ul>
10	COLABORADOR DE SEGUROS	Archiva copias de: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Listados.</li> <li>✓ Formularios de inscripción.</li> <li>✓ Documentación anexa a los formularios (DUI y NIT).</li> </ul>
11	COLABORADOR DE SEGUROS	Recibe de la aseguradora la siguiente documentación: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nota de Remisión de documentos</li> <li>✓ Cédulas de Inscripción.</li> <li>✓ Certificados de inscripción.</li> </ul>
12	COLABORADOR DE SEGUROS	Extrae del archivo: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las copias de los formularios de inscripción</li> <li>✓ La documentación anexa</li> <li>✓ Los Confronta con los certificados y cedula de inscripción.</li> </ul> <p>Si todo esta correcto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Saca una copia de cada certificado.</li> <li>✓ Los ordena por departamento.</li> <li>✓ Se desplaza a las diferentes unidades del Instituto para: efectuar la entrega del certificado de inscripción a cada empleado.</li> </ul>
13	JEFE DE SEGUROS Y COLABORADORES DE SEGUROS	Instruye para que cada empleado: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Revise su certificado individual de inscripción en el seguro colectivo y verifique: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Que su nombre y de sus beneficiarios estén escritos correctamente.</li> <li>o Que los porcentajes de participación sean los indicados por el en el formulario de inscripción.</li> </ul> </li> <li>✓ En caso que esté plenamente conforme firme el certificado original que se archiva en Seguros, quedándose el empleado con copia.</li> <li>✓ En caso de no estar conforme recibe del colaborador de seguros "Formulario de Modificación del Certificado"</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>o Llena el Formulario de Modificación de Puño y letra indicando las modificaciones.</li> <li>o Firma el Formulario de Modificación.</li> <li>o Entrega al colaborador de seguros Formulario de Modificaciones junto con certificado.</li> </ul>
14	COLABORADOR DE SEGUROS	<p>Recibe certificados firmados por los empleados.</p> <p>Si no existen problemas u observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recibe los documentos</li> <li>✓ Archiva los certificados firmados por los empleados.</li> </ul> <p>Si existen problemas u observaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Recibe el certificado observado</li> <li>✓ Recibe el "Formulario de Modificaciones".</li> <li>✓ Elabora Nota de remisión de formulario de Modificación, en original y copia, la cual es firmada por el Jefe de Seguros, la cual es enviada a la Compañía a través de la empresa corredora.</li> <li>✓ Se realiza el proceso de envío y entrega de certificado, en igual forma según actividad N.º 09 al 13, de este mismo procedimiento.</li> </ul>
15	JEFE DE SEGUROS	<p>Con el objeto de mantener actualizado los grupos asegurados a incluir en las distintas pólizas de INPEP. Mensualmente deberá enviar memorándum al Departamento de Gestión de Talento Humano solicitando se le informe sobre las:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ altas,</li> <li>✓ modificaciones</li> <li>✓ bajas</li> </ul> <p>del personal de INPEP, a fin que se puedan actualizar permanentemente.</p>
16		<p><b><u>NOTAS:</u></b></p> <p>1. La información que se solicite al Jefe de Gestión de Talento Humano, por medio de memorándum, es para tener conocimiento de los nombramientos, de altas o bajas de empleados</p> <p>Este memorándum debe estar acompañado de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copia del Acuerdo de presidencia en el que se deja sin efecto el nombramiento del empleado.</li> <li>✓ Copia del DUI y NIT del empleado que cesa en sus funciones.</li> </ul>

		<p>Con el objeto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar, se excluya al empleado del Seguro de Vida Básico, Médico Hospitalario y Fianza de Fidelidad, en caso de corresponder. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se emita la correspondiente cédula de cancelación.</li> <li>○ Se actualicen los listados respectivos.</li> <li>○ Se solicite la devolución de primas no devengadas en caso de corresponder.</li> </ul> </li> </ul> <p>2. El jefe del Departamento de Gestión de Talento Humano, enviará memorándum al jefe de Seguros, indicando el nombramiento de un empleado nuevo y deberá indicar el departamento o unidad a la cual se incorpora. Este memorándum, deberá estar acompañado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Copia del Acuerdo de presidencia en el que se nombra al empleado.</li> <li>✓ Copia del DUI y NIT del empleado ingresante.</li> </ul> <p>Con el objeto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Solicitar se incluya en el Seguro de Vida Básico, Médico Hospitalario y Fianza de Fidelidad. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Se emita la correspondiente cédula de inscripción.</li> <li>○ Se emita el respectivo certificado.</li> <li>○ Se actualicen los listados respectivos.</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--



RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP

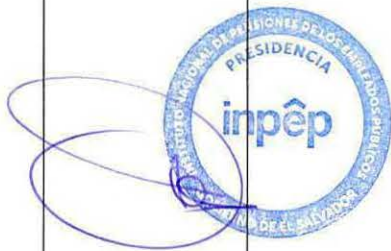


INSTITUTO NACIONAL  
DE PENSIONES DE LOS  
EMPLEADOS PÚBLICOS

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

8. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	<p><i>RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Activo Fijo</i></li> <li>• <i>Equipo Electrónico.</i></li> <li>• <i>Automotores</i></li> <li>• <i>Fidelidad Empleados de INPEP.</i></li> <li>• <i>Fianzas de Fidelidad</i></li> </ul>
9. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	<p><i>Establecer los Mecanismos para realizar los reclamos de los Seguros de Daños a los Bienes (muebles e inmuebles) propiedad de INPEP.</i></p>
10. FORMATOS UTILIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Formulario de Requisitos para el Reclamo de Seguros de Daños bienes de INPEP</i></li> <li>• <i>Formulario de Recepción de documentos.</i></li> <li>• <i>Formulario de Aviso de Siniestro.</i></li> </ul>
11. NORMAS ESPECÍFICAS	
12. FRECUENCIA DE USO	<p><i>Según demanda</i></p>
13. PARTICIPANTES DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Colaborador Departamento de Seguros</i></li> <li>• <i>Jefe Departamento de Seguros</i></li> </ul>
14. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	<p><i>Identifica los distintos pasos y acciones que deben seguirse para poder reclamar, dar seguimiento, cobrar y controlar los Reclamos por Daños a los bienes propiedad de INPEP, incluidos en las Pólizas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Incendio y Líneas Aliadas Activo Fijo Propiedad de INPEP.</i></li> <li>• <i>Automotores propiedad de INPEP.</i></li> <li>• <i>Equipo electrónico propiedad de INPEP.</i></li> <li>• <i>Fidelidad empleados de INPEP.</i></li> <li>• <i>Fianza de Fidelidad.</i></li> </ul>

N.º de ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
0	Colaborador de Seguros	Recibe aviso del siniestro por: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Robo del Mobiliario y/o Equipo, anexando el reporte policial respectivo.</li> <li>2. Daños en los Bienes Muebles e Inmuebles del INPEP.</li> </ol>
1	Colaborador de Seguros	Recibe memorando dirigido al jefe de seguros, indicando los detalles del siniestro en forma general y adjuntar: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informe de daños firmado por un técnico o especialista en el cual se indique:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) Descripción del bien siniestrado.</li> <li>(b) Ubicación.</li> <li>(c) Alcance del daño.</li> <li>(d) Fecha y hora del siniestro</li> <li>(e) Causa probable del siniestro.</li> <li>(f) Firma del técnico o especialista.</li> </ol> </li> <li>2. Copia ficha de registro de Activo Fijo de la unidad siniestrada, la cual debe contener               <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) Descripción del Bien</li> <li>(b) Características</li> <li>(c) Modelo y serie en caso de corresponder.</li> </ol> </li> <li>3. Copia de Bitácora de mantenimiento preventivo del equipo dañado.</li> </ol>
2	Jefe de Seguros.	Elabora Memorando dirigido al jefe de la UACI, donde solicita se gestione ante los Proveedores respectivos el correspondiente presupuesto, de adquisición o reparación del bien siniestrado, al que acompaña: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del Informe de daño.</li> <li>• Copia de ficha de registro de activo fijo siniestrado</li> </ul>





		<p>Solicita adicionalmente al jefe de la UACI que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gestione a Presupuestos de reparación o adquisición del bien siniestrado ante los proveedores correspondientes, y que estos sean entregados al Departamento de Seguros.</li> </ul>
3	Jefe de Seguros.	<p>Revisa el informe y toda la documentación recibida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determina bajo qué riesgo se presentará el reclamo ante la compañía de seguros.</li> <li>Entrega documentos a colaborador para que elabore nota de reclamo</li> </ul>
4	Colaborador de Seguros	<p>Elabora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aviso de Siniestro, de acuerdo con formato exigido por la compañía.</li> <li>Nota de reclamo anexando los siguientes documentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Formulario de Siniestro de acuerdo con formato exigido por la Compañía aseguradora debidamente completado.</li> <li>Informe de daños firmado por un técnico o especialista, con su respectivo alcance y causa probable, en caso de daño total informe técnico que justifique la pérdida.</li> <li>Reporte policial (en caso de corresponder)</li> <li>Copia ficha de registro de Activo Fijo de la unidad siniestrada.</li> <li>Copia de Bitácora de mantenimiento preventivo.</li> <li>Presupuestos de reparación o adquisición del bien siniestrado.</li> </ul> </li> <li>Entrega al jefe de Seguros para su revisión.</li> </ul>
5	Jefe de Seguros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revisa documentación y Envía a la Compañía de Seguros.</li> <li>Firma Nota de envío de reclamo.</li> <li>Firma Formulario de Siniestro de acuerdo con formato</li> </ul>

		<p>exigido por la Compañía aseguradora.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Devuelve al colaborador de seguros para que remita el reclamo a la Compañía aseguradora.</li> </ul>
6	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envía el reclamo y los documentos anexos a la Compañía de Seguros.</li> <li>• Elabora expediente de Reclamo.</li> <li>• Elabora listado de reclamos de activos fijos pendientes de entrega de convenios de ajuste para su seguimiento y lo pasa expediente al jefe de seguros.</li> </ul>
7	Jefe de Seguros	<p>Envía a la aseguradora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío de la documentación.</li> <li>• Convenio de Ajuste según el cual la compañía indica. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Determinación de la cláusula aplicada en la indemnización</li> <li>o Determinación del monto ajustado de la pérdida.</li> <li>o Liquidación del valor a indemnizar.</li> </ul> </li> </ul>
8	Jefe de Seguros.	<p>Recibe el Convenio de Ajuste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el convenio de Ajuste.</li> <li>• Verifica que los valores liquidados sean congruentes, con los valores indicados en el reclamo y la cobertura requerida.</li> <li>• En caso de existir observaciones o inconsistencias, informar a la subgerencia de la acción a tomar.</li> <li>• Firma el Convenio de Ajuste, dando el Visto Bueno de INPEP</li> </ul> <p>Entrega convenio al colaborador de Seguros</p>
9	Colaborador de Seguros	<p>Recibe del Jefe de Seguros el Convenio de Ajuste Firmado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora nota de envío del convenio de ajuste.</li> <li>• Envía el Convenio de Ajuste, y solicitud de cheque.</li> <li>• Archiva en el expediente copia del convenio de ajuste</li> </ul>




		<p>firmado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archiva copia de la nota de envío firmada por el representante de la empresa aseguradora.</li> <li>• Elabora listado de reclamos de Daños con el convenio de ajuste firmado pendientes de pago para su seguimiento y cobro oportuno.</li> </ul> <p>Pasa al Jefe de Seguros el listado.</p>
10	Jefe de Seguros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el listado verificando las fechas de envío de los convenios de ajuste.</li> <li>• Da seguimiento a fin de que se cumplan los plazos establecidos en la Póliza respectiva y documentos contractuales.</li> </ul> <p>Si después de vencido el plazo establecido la compañía aseguradora, no ha realizado el pago reclamado, solicita, además, la mora correspondiente.</p>
11	Colaborador de Seguros	<p>Recibe de Compañía aseguradora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío de la documentación</li> <li>• Cheque por pago del siniestro</li> <li>• Finiquito.</li> </ul>
12	Colaborador de Seguros	<p>Entrega los documentos recibidos al Jefe de Seguros para su revisión.</p>
13	Jefe de Seguros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Liquidación.</li> <li>○ Finiquito y Cheque</li> </ul> </li> <li>• Verifica que los valores liquidados y pagados sean congruentes con el indicado en el Convenio de Ajuste.</li> <li>• Firma Finiquito y lo entrega firmado al Colaborador de Seguros.</li> </ul>
4	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe Finiquitos firmados.</li> <li>• Archiva copia en expediente.</li> <li>• Prepara nota de envío a la compañía.</li> <li>• Entrega finiquitos firmados a la Compañía aseguradora</li> </ul>

16	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe Cheque</li> <li>• Reproduce copia y Archiva, en expediente.</li> <li>• Registrar el pago en control de reclamos.</li> <li>• Elabora memorando de remesa del cheque de cancelación del reclamo y lo entrega firmado por el jefe de seguros a colecturía</li> </ul>
17	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe de Colecturía: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ El recibo de ingreso.</li> <li>→ El cheque por indemnización de daños.</li> <li>→ Copia del memorando.</li> </ul> </li> <li>• Presenta al Banco para realizar el Depósito</li> <li>• Recibe del Banco. <ul style="list-style-type: none"> <li>→ El recibo de ingreso firmado y sellado por el Banco.</li> <li>→ Copia del Memorando dirigido a la colectora, firmada y sellado por el banco.</li> </ul> </li> </ul>
18	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informa a la Subgerencia que se ha realizado la remesa</li> <li>• Archiva copia de recibo de ingreso y memorando en el expediente</li> </ul>

CON ESTO SE CONCLUYE EL PROCEDIMIENTO



RECLAMOS DE DAÑOS A UNIDADES HABITACIONALES FINANCIADAS POR INPEP

 <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>
<p>1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p><i>RECLAMOS DE DAÑOS A UNIDADES HABITACIONALES FINANCIADAS POR INPEP</i></p>	
<p>2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p><i>Establecer los Mecanismos para realizar los reclamos del Seguro de Incendio y Líneas Aliadas de Unidades Habitacionales Financiadas por INPEP.</i></p>	
<p>3. FORMATOS UTILIZADOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Formulario de Requisitos para el Reclamo de Seguro de Daños en Viviendas</i></li> <li>2. <i>Formulario de Recepción de documentos.</i></li> <li>3. <i>Formulario de Aviso de Siniestro.</i></li> </ol>	
<p>4. NORMAS ESPECÍFICAS</p>	<p><i>Artículo N.º 18 – Reglamento de Préstamos hipotecarios del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).</i></p>	
<p>5. FRECUENCIA DE USO</p>	<p><i>Según demanda</i></p>	
<p>6. PARTICIPANTES DEL PROCESO</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Colaborador Departamento de Seguros</i></li> <li>2. <i>Jefe Departamento de Seguros</i></li> </ol>	
<p>7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO</p>	<p><i>Identifica los distintos pasos y acciones que deben seguirse para poder reclamar, dar seguimiento, cobrar y controlar los Reclamos por Daños a las Unidades Habitacionales Financiadas por INPEP.</i></p>	

N.º de ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
0	Colaborador de Seguros	Atiende a los usuarios que solicitan información para la presentación del reclamo por daños en su vivienda.
1	Colaborador de Seguros	<p>Anota en original y copia del formulario de Requisitos para el Reclamo de Seguro de Daños en Viviendas, los datos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del asegurado.</li> <li>• Fecha del siniestro.</li> <li>• Número del préstamo.</li> <li>• Nombre del Asegurado.</li> <li>• Nombre del informante.</li> <li>• Firma del informante.</li> <li>• Dirección y teléfono del asegurado.</li> <li>• Fecha.</li> </ul> <p>Entrega al Asegurado el original del formulario de Requisitos para Reclamo de Seguro de Daños, dejando la copia para Elaborar el expediente respectivo.</p>
2	Colaborador de Seguros	<p>Recibe del asegurado la documentación de acuerdo con el formulario de requisitos los cuales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de cuenta de la deuda proporcionado por Sección de recuperación judicial y Administrativa (ventanilla módulo 5).</li> <li>• Presupuesto de reparación de los daños (elaborado por un albañil, maestro de obra o ingeniero) este debe incluir en forma detallada los materiales, mano de obra y todos los gastos necesarios para arreglar la vivienda siniestrada</li> <li>• Fotocopia del DUI del Asegurado.</li> <li>• Fotocopia del NIT del Asegurado.</li> </ul>



3	Colaborador de Seguros	<p>Recepciona formulario de recepción de documentos en original y copia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica los documentos que recibe.</li> <li>• Entrega copia al asegurado como comprobante de los documentos recibidos.</li> <li>• Verifica el número de matrícula</li> <li>• Verifica número de préstamo</li> <li>• Verifica valor asegurado.</li> <li>• Llenar el formulario de <b>Aviso de Siniestro</b> que es firmado por el Asegurado y el colaborador de Seguros (exigencia de las Aseguradoras).</li> </ul>
4	Colaborador de Seguros	<p>Elabora Nota de Reclamo de Seguro de Daños y anexa la documentación siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario de Aviso de Siniestro</li> <li>• Presupuesto de reparación de los daños de la vivienda preparado por un albañil, Maestro de Obra o Ingeniero, el cual debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) Materiales, Mano de Obra y Otros gastos</li> <li>(b) Firma de la persona que realiza el presupuesto.</li> <li>(c) Número de DUI y NIT de quien hizo el presupuesto.</li> </ul> </li> <li>• Copia de DUI y NIT de Asegurado</li> <li>• Declaración del Siniestro</li> </ul> <p>Pasa la nota y anexo a Jefe del Departamento de Seguros para su firma</p>
5	Jefe de Seguros.	<p>Recibe el reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el reclamo.</li> <li>• Verifica que no falte ningún documento</li> <li>• Corroborar que todos los documentos estén completos.</li> <li>• Firma el reclamo</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega el legajo a Colaborador para que este sea enviado a la compañía aseguradora</li> </ul>
6	Colaborador de Seguros	<p>Recibe Notas y Anexos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Elabora expediente del Reclamo.</li> <li>Envía la nota y anexos a la Compañía de Seguros</li> <li>Registrar datos del envío en control de reclamos.</li> </ul> <p>Archiva copia del reclamo firmado por representante de la Aseguradora.</p> <p><u>NOTA:</u></p> <p>Elabora listado de los reclamos de daños a vivienda pendientes de entrega de convenios de ajuste para darle seguimiento y cumplimiento, según normativa.</p>
7	Colaborador de Seguros	Entrega el reclamo a la aseguradora
8	Colaborador de Seguros	<p>Recibe de la aseguradora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nota de envío de la documentación.</li> <li>Convenio de Ajuste según el cual la compañía indica <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Determinación del monto ajustado de la pérdida.</li> <li>→ Liquidación del valor a indemnizar</li> </ul> </li> </ul>
9	Colaborador de Seguros	<p>Llama al Asegurado para que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revise el convenio de Ajuste.</li> <li>Verifique los valores liquidados.</li> <li>Preste su conformidad.</li> <li>Firme el documento en señal de aceptación.</li> </ul> <p>Envía el Convenio al jefe del Departamento de Seguros.</p>





10	Jefe de Seguros.	<p>Recibe el Convenio de Ajuste</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa que los valores liquidados sean congruentes, con los valores indicados en el reclamo.</li> <li>• Verifica que este aceptado por el asegurado.</li> <li>• Firma el Convenio de Ajuste, dando el Visto Bueno de INPEP</li> </ul> <p>Devuelve convenio a colaborador de Seguros</p>
11	Colaborador de Seguros	<p>Recibe los documentos Firmados y realiza lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora nota de envío del convenio de ajuste.</li> <li>• Envía el Convenio de Ajuste, y solicitud de cheque a la aseguradora. (Continúa en el paso número 12)</li> <li>• Archiva en el expediente copia del convenio de ajuste firmado.</li> <li>• Archiva copia de la nota de envío firmada por el representante de la aseguradora.</li> </ul> <p><u>NOTAS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se elabora listado de reclamos de Daños a Vivienda con el convenio de ajuste firmado pendientes de pago para su seguimiento y cobro oportuno.</li> <li>• Se da seguimiento a fin de que se cumplan los plazos dentro de los quince días siguientes a la entrega del mencionado documento.</li> <li>• Si después de quince días de realizado el procedimiento la compañía aseguradora, no ha realizado el pago reclamado, debe Solicitarse, además, la mora correspondiente.</li> </ul>
12	Colaborador de Seguros	<p>Recibe de la aseguradora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío de la documentación</li> <li>• Cheque por pago del siniestro</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finiquito del reclamo</li> </ul> <p>La entrega al Jefe de Seguros para su revisión</p>
14	Jefe de Seguros.	<p>Verifica que los valores liquidados y pagados sean congruentes con el indicado en el Convenio de Ajuste.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Firma Finiquito</li> </ul> <p>Entrega Finiquito firmado a Colaborador.</p>
15	Colaborador de Seguros	<p>Recibe Finiquitos firmados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archiva copia en expediente.</li> <li>• Prepara nota de envío a la compañía.</li> </ul> <p>Entrega finiquitos firmados y nota de envío firmada por el jefe de seguros a Aseguradora y la aseguradora:</p> <p>Recibe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío</li> <li>• Finiquitos firmados</li> </ul>
16	Colaborador de Seguros	<p>Recibe Cheque y procede a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reproduce copia y la archiva en expediente.</li> <li>• Registrar el pago en control de reclamos.</li> </ul> <p>Elabora memorando de remesa del cheque de cancelación del reclamo por daños y lo entrega firmado por el jefe de seguros a colecturía.</p>
17	Colaborador de Seguros	<p>Recibe de Colecturía el recibo de ingreso y copia del memorando firmado y sellado por el banco.</p> <p>Reproduce estos documentos y los anexarlos al expediente.</p>
18	Colaborador de Seguros	<p>Preparar recibo por indemnización de daños en vivienda del asegurado, anexando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del cheque por indemnización de daños.</li> <li>• Copia del recibo de ingreso sellado por banco.</li> </ul>




		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del DUI del Asegurado</li> <li>• Copia del NIT del Asegurado</li> </ul> <p>Envía a jefe del Departamento de seguros para su revisión y visto bueno.</p>
19	Jefe de Seguros.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa Recibo por indemnización de daños en vivienda del asegurado</li> <li>• Firma Visto Bueno del Departamento de Seguro en el cuerpo del recibo.</li> <li>• Envía recibos a Subgerencia para su visto bueno.</li> </ul>
20	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe de Subgerencia Administrativa recibo por indemnización de daños en vivienda del asegurado con firma y Visto Bueno de la Subgerencia Administrativa en el cuerpo del recibo.</li> <li>• Envía recibos a Gerencia o Presidencia (de acuerdo con el monto) para su visto bueno y aprobación.</li> </ul>
21	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe recibo con el Visto Bueno de Subgerencia y la aprobación de la presidencia o Gerencia general (de acuerdo al monto).</li> <li>• Envía a Pagaduría el recibo por indemnización de daños junto con los documentos anexos para que se tramite el correspondiente cheque.</li> </ul>
22	Colaborador de Seguros	<p>Recibe el aviso por parte de Pagaduría de Gastos administrativos.</p> <p>Comunica con el beneficiario del reclamo por daños, para que se presente en Pagaduría de Gastos Administrativos.</p>
23	Colaborador de Seguros	Acompañar al usuario a la Pagaduría de Gastos Administrativos
24	Colaborador de Seguros	<p>Recibe de la Pagaduría de Gastos Administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• copia del recibo de cancelado.</li> </ul>

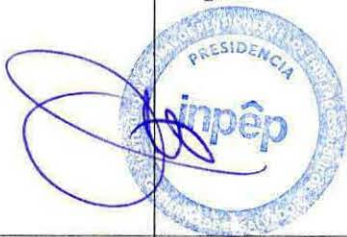
25	Colaborador de Seguros	Archiva copia del recibo de cancelado en el expediente
CON ESTO SE CONCLUYE EL PROCEDIMIENTO		



## RECLAMOS MÉDICOS

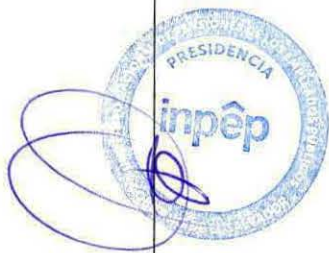
 GOBIERNO DE EL SALVADOR	INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	<i>RECLAMOS MÉDICOS</i>	
2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO	<i>Establecer los Mecanismos para realizar los reclamos del Seguro Médico Hospitalario para empleados y funcionarios de INPEP.</i>	
3. FORMATOS UTILIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Formulario de Reclamo Médico (provisto por la compañía aseguradora)</i></li> <li>• <i>Nota de envío de reclamos médicos</i></li> </ul>	
4. NORMAS ESPECÍFICAS	<i>Contrato Colectivo de Trabajo</i> <i>- Cláusula No. 25 Seguro Médico Hospitalario</i>	
5. FRECUENCIA DE USO	<i>Según demanda</i>	
6. PARTICIPANTES DEL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Colaborador Departamento de Seguros</i></li> <li>• <i>Jefe Departamento de Seguros</i></li> </ul>	
7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	<i>Identifica los distintos pasos y acciones que deben seguirse para poder:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Reclamar</i></li> <li>• <i>dar seguimiento</i></li> <li>• <i>cobrar</i></li> <li>• <i>controlar</i></li> </ul> <i>los Gastos Médico hospitalarios cubiertos por la Póliza respectiva</i>	

N.º de ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
0	Colaborador de Seguros	INICIO DEL PROCESO Recibe de los asegurados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de Siniestro de Seguro de Salud</li> <li>• Informe médico.</li> <li>• Factura de consumidor final a nombre del asegurado.</li> </ul>
1	Colaborador de Seguros	Verifica que la documentación este completa Entrega al usuario Formulario de recepción de documentos el cual deberá incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detalle de los documentos recibidos.</li> <li>• Fecha y hora de recepción</li> <li>• Nombre de la persona que recibe</li> <li>• Firma de la persona que recibe</li> <li>• Sello del Departamento</li> </ul>
2	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar nota de reclamo</li> <li>• Armar el expediente de reclamo para la aseguradora.</li> <li>• Fotocopiar expediente para control y archivo</li> <li>• Envía expediente a Jefe de Seguros</li> </ul>
3	Jefe de Seguros	Revisa Nota de Reclamo <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar los documentos presentados por los asegurados.</li> <li>• Firma reclamo</li> <li>• Devuelve expediente a Colaborador para envío</li> </ul>



4	Colaborador de Seguros	<p>Envía reclamo a la aseguradora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archiva copia firmada por el representante de la aseguradora en el expediente individual de cada asegurado.</li> <li>• Registrar en control general de Reclamos Médicos</li> </ul>
5	Colaborador de Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora listado de reclamos médicos pendientes de pago.</li> <li>• Da seguimiento a efectos de cumplir con el cobro del reclamo.</li> </ul>
6	Colaborador de Seguros	<p>Recibe los documentos entregados por la aseguradora y los pasa al jefe de seguros para su revisión.</p>
7	Jefe de Seguros	<p>Revisa las liquidaciones, cheques y finiquitos controlando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los valores indicados en la liquidación sean congruentes con los mencionados en el reclamo.</li> <li>• Que las facturas reclamadas sustenten daños comprendidos en los términos de la póliza.</li> <li>• Que sea correcta la aplicación del deducible.</li> <li>• Que sea correcta la liquidación de la participación (coaseguro).</li> <li>• Que los cálculos aritméticos sean correctos.</li> <li>• Que el valor del cheque sea idéntico al expresado en la liquidación y el finiquito.</li> </ul> <p>Devuelve los documentos al colaborador para que sean entregados al asegurado.</p>
8	Colaborador de Seguros	<p>Recibe documentos de parte del Jefe de Seguros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega cheques, liquidaciones y finiquitos a los asegurados, dejando copia en el expediente individual de cada uno.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrar información en los reclamos pagados en el control general de reclamos médicos.</li> <li>• Descarga reclamo de la lista de pendientes.</li> </ul>
8 bis	Colaborador de Seguros	<p>Recibe documentos de parte del Jefe de Seguros.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elabora boleta de depósito de cada cheque</li> <li>• Adjuntar la boleta de depósito a cada cheque.</li> <li>• Entrega los documentos al mensajero, para que este realice el depósito de cada cheque, en el banco respectivo.</li> <li>• Recibe de mensajero comprobante de depósito con la firma del cajero, sello del banco y su correspondiente verificación</li> <li>• Incorporar copia de la liquidación en cada uno de los expedientes individuales, además del depósito efectuado</li> <li>• Registrar información en los reclamos pagados en el control general de reclamos médicos.</li> <li>• Descarga reclamo de la lista de pendientes.</li> </ul>
9	Colaborador de Seguros	<p>Recibe finiquitos firmados.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Archiva copia de finiquitos en expediente individual de cada asegurado.</li> <li>• Prepara nota de envío a la compañía aseguradora.</li> <li>• Entrega nota y finiquitos firmados a la aseguradora</li> </ul>
10		<p><u>CASOS DE HOSPITALIZACIÓN</u></p> <p>Los Asegurados son atendidos en los Hospitales y Clínicas de la red hospitalaria contra la presentación del carné de afiliación del asegurado vigente.</p> <p>Los gastos incurridos son pagados en forma directa por la aseguradora al hospital.</p>

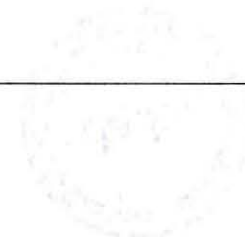
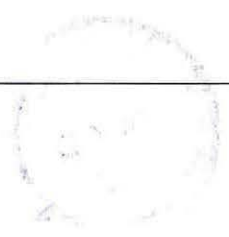





		<p>La compañía de seguros envía al Departamento de Seguros las liquidaciones y finiquitos para registro y control.</p> <p>Para el caso de que existan gastos no cubiertos pagados por el hospital, estos se incluirán y agregarán a un crédito hospitalario que deberá ser cancelado por cada asegurado, en un máximo de treinta días a partir de su notificación</p>
--	--	---

CON ESTO SE CONCLUYE EL PROCEDIMIENTO


--



RECLAMO DE DEUDA

 <p>GOBIERNO DE EL SALVADOR</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PÚBLICOS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>
<p>1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p>RECLAMO DE DEUDA</p>	
<p>2. OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO</p>	<p>Establecer los mecanismos para realizar los reclamos del Seguro de Vida Temporal Decreciente (Seguro de Deuda), correspondiente a la cartera de préstamos de INPEP</p>	
<p>3. FORMATOS UTILIZADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Formulario de Requisitos para Reclamación de pago de Deuda por Fallecimiento</li> <li>▪ Comprobante de recepción de documentos.</li> <li>▪ Formulario de Reclamo de Seguro de Deuda</li> </ul>	
<p>4. NORMAS ESPECÍFICAS</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Artículo N.º 10 – Reglamento de Préstamos personales a los asegurados y pensionistas del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).</li> <li>2. Artículo N.º 18 – Reglamento de Préstamos hipotecarios del Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP).</li> </ol>	
<p>5. FRECUENCIA DE USO</p>	<p>Según Demanda</p>	
<p>6. PARTICIPANTES DEL PROCESO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborador de Seguros</li> <li>• Jefe Departamento de Seguros</li> </ul>	
<p>7. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO</p>	<p>Identifica los distintos pasos que deben seguirse para poder reclamar y cobrar deuda por préstamos a consecuencia del fallecimiento de titulares y codeudores de préstamos financiados por INPEP.</p>	
<p>8. ANEXOS</p>	<p>FORMULARIOS PROVISTOS POR LAS ASEGURADORAS</p>	



*[Handwritten signature]*



N.º de ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCION
0	Colaborador de Seguros	<p>Inicio de Procedimiento</p> <p>Recibe a los familiares de un asegurado quienes informan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El fallecimiento de un asegurado</li> <li>• De la existencia de una deuda a favor de INPEP contraída por el asegurado.</li> </ul>
1	Colaborador Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llena en original y copia de <i>Formulario de Requisitos para Reclamación de pago de Deuda por Fallecimiento</i></li> <li>• Entrega copia del formulario de requisitos como constancia de que se han dado, dejando el original en el expediente.</li> </ul>
2	Colaborador Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe de los familiares del asegurado la documentación requerida para que inicie el trámite de reclamo por el seguro de deuda, según <i>Formulario de Requisitos para Reclamación de pago de Deuda por Fallecimiento</i>:</li> </ul>
3	Colaborador Seguros	<p>Revisa que la documentación presentada por los familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está completa</li> <li>• No presente ninguna observación</li> </ul> <p>De no existir ninguna observación se reciben los documentos y se continúa con la siguiente actividad, caso contrario se le indica a los familiares cual es el problema, se devuelve la documentación al familiar y se vuelve a actividad N.º 1</p>

4	Colaborador Seguros	<p>Toma <i>Comprobante de recepción de documentos</i>, en original y copia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anota y Verifica en el formulario los documentos que recibe.</li> <li>• Registra los siguientes datos en el formulario. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del fallecido, verificado contra fotocopia de DUI.</li> <li>• Fecha del fallecimiento, verificada contra partida de defunción</li> <li>• Número de préstamo, verificado contra Estado de cuenta de la deuda proporcionado por Sección de recuperación judicial y Administrativa (ventanilla módulo 5)</li> <li>• Nombre del colaborador de seguros que recibe los documentos y su firma.</li> <li>• Fecha de la recepción de documentos.</li> <li>• Sello del Departamento de Seguros.</li> </ul> </li> <li>• Entrega copia del formulario al familiar como constancia de haber recibido los documentos.</li> <li>• Llena los formularios para gestión por reclamos por fallecimiento proporcionados por la aseguradora.</li> </ul>
6	Colaborador Seguros	<p>Elabora memorándum en original y copia dirigido a Control de Prestamos, Solicitando el saldo de la deuda al momento del fallecimiento del asegurado. Acompaña a la solicitud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del certificado de defunción a efectos de que sea verificada la fecha de fallecimiento.</li> <li>• Copia de DUI del asegurado fallecido a efectos de Revisa la identidad del asegurado</li> </ul>
7	Jefe Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa memorándum para Sección de recuperación judicial y Administrativa.</li> <li>• Firma memorándum.</li> </ul> <p>Envía el memorándum a la Sección de recuperación judicial y Administrativa.</p>



8	Colaborador Seguros	Recibe Memorándum de la Sección de Recuperación Judicial y Administrativa conteniendo el total del saldo a reclamar, a la aseguradora.
9	Colaborador Seguros	Elabora nota de reclamo dirigida a la compañía (anexo nota de reclamo)  Pasa a Jefe de Seguros para su revisión
10	Jefe Seguros	Recibe Reclamo.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica que no falte ningún documento.</li> <li>• Firma el Reclamo</li> </ul> Se envía el reclamo a la aseguradora quien lo recibe y devuelve copia con sello de RECIBIDO con indicación de hora y fecha.
11	Colaborador Seguros	Una vez enviado el reclamo a la aseguradora  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incorpora el reclamo en <b>listado de reclamos de deuda pendientes de pago</b> para su seguimiento y cobro oportuno.</li> </ul> Pasa listado actualizado al jefe de seguros jefe de seguros el listado.
12	Jefe Seguros	Recibe listado de reclamos de deuda pendientes de pago  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el listado y fechas de envío de los reclamos.</li> <li>• Da seguimiento a fin de que se cumplan con los plazos.</li> </ul> Si después de vencido el plazo establecido, la compañía no ha efectuado el pago, debe Solicitase además del reclamo, la mora correspondiente.
13	Colaborador Seguros	Recibe de la aseguradora los siguientes documentos.  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío de la documentación.</li> <li>• Cheque por pago de siniestro.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finiquito de Siniestro</li> <li>• Cheque por pago Gastos Funerarios.</li> <li>• Finiquito por pago de Gastos Funerarios</li> </ul> <p>Estos documentos son entregados al Jefe del Departamento de Seguros para su revisión.</p>
14	Jefe Seguros	<p>Revisa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Liquidación.</li> <li>• Cheque por pago de siniestro.</li> <li>• Finiquito de Siniestro</li> <li>• Cheque por pago Gastos Funerarios.</li> <li>• Finiquito por pago de Gastos Funerarios</li> <li>• Corroborar que los valores liquidados sean congruentes con los mencionados en el reclamo.</li> </ul> <p>Para el caso que esté de acuerdo,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Firma finiquito de Siniestro en señal de aceptación de la liquidación</li> <li>• Se continúa con el paso número 15.</li> </ul> <p>Caso contrario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se determina la incongruencia</li> </ul> <p>Se elabora carta formal dirigida a la aseguradora donde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se indica el problema</li> <li>• Se solicita la revisión del reclamo.</li> </ul> <p>Se pasa a la actividad 8</p>
15	Jefe Seguros	<p>Llama a los Familiares del Asegurado para que se presenten en las oficinas de INPEP.</p> <p>Una vez que los familiares se encuentren en INPEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verifica la identidad de los familiares contra presentación de DUI y NIT.</li> <li>• Solicita a los familiares que firmen el finiquito por pago de Gastos Funerarios.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrega a los familiares Cheque por pago Gastos Funerarios.</li> </ul>
16	Jefe Seguros	Entrega al colaborador de Seguros Cheque por pago de siniestro.
17	Jefe Seguros	<p>Elabora nota de envío de finiquitos dirigida a la compañía (anexo nota de envío) a la cual se anexa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Finiquito de Siniestro firmado y sellado por el jefe del Departamento de Seguros en señal de aceptación de la indemnización por parte del INPEP.</li> </ul> <p>Finiquito por pago de Gastos Funerarios en señal de aceptación del pago por parte de los familiares del asegurado.</p>
18	Jefe Seguros	Envía la Nota de envío de finiquitos a la aseguradora quien la recibe y devuelve copia con sello de RECIBIDO con indicación de hora y fecha.
19	Colaborador Seguros	<p>Recibe del Jefe de Seguros Cheque por pago de Deuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reproduce copia y la archiva en expediente.</li> <li>Registra el pago en control de reclamos.</li> <li>Elabora memorándum de remesa del cheque de cancelación de deuda y lo entrega a colecturía.</li> </ul>
20	Colaborador Seguros	<p>Recibe de la Colecturía.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memorándum</li> <li>Recibo de Ingreso</li> </ul> <p>Deposita en el Banco el Cheque recibido por la Indemnización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Reproduce copia de Memorándum y recibo de ingresos con sello del banco según el cual se constata el depósito</li> <li>Anexa copia al expediente.</li> <li>Envía copia de recibo de ingreso a la Sección Control de Prestamos.</li> </ul>

21	Colaborador Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe cancelación de la deuda enviado por control de prestamos</li> <li>• Archiva la copia de la cancelación de la deuda, en el expediente de reclamo</li> </ul>
22	Colaborador Seguros	<p>Para el caso que el préstamo sea hipotecario se informa a los familiares sobre la existencia de un subsidio de gastos notariales por cancelación de hipoteca.</p> <p>En caso de ser un préstamo personal Archiva el expediente</p>
23	Colaborador Seguros	<p>Recibe de parte del familiar del asegurado la siguiente documentación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duplicado de Factura de consumidor final por gastos notariales por cancelación de hipoteca, a nombre del familiar del asegurado.</li> <li>• En la descripción del servicio debe indicar: Honorarios por servicios Notariales por cancelación de mutuo hipotecario a favor de INPEP otorgado por (nombre del asegurado fallecido)</li> <li>• Copia del DUI y NIT del familiar a nombre de quien está la factura</li> </ul>
24	Colaborador Seguros	<p>Elabora nota a la aseguradora solicitando el subsidio de gastos notariales.</p> <p>Acompaña a la nota</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura de gastos Notariales.</li> <li>• Copia de DUI y NIT de la persona que pago los gastos notariales.</li> </ul> <p>Entrega Nota de envío a Jefe de Seguros para su revisión</p>
25	Jefe Seguros	<p>Recibe Nota de solicitud de subsidio de Gastos Notariales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa Nota de envío de solicitud de Gastos Notariales.</li> <li>• Controla que la documentación anexa este completa</li> <li>• Firma nota de envío solicitando los gastos notariales.</li> </ul> <p>Debe reclamo a colaborador para su envío.</p>

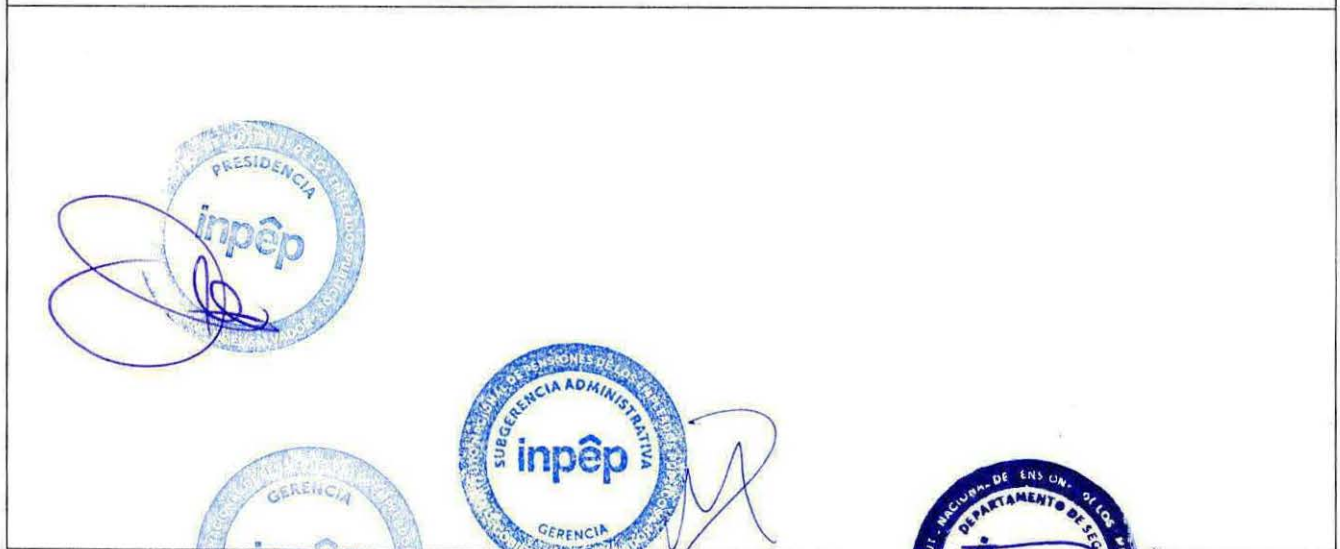




26	Colaborador Seguros	<p>Recibe Nota de solicitud de subsidio de Gastos Notariales firmada por el Jefe de Seguros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Envía solicitud de Gastos notariales a la Aseguradora.</li> <li>• Archiva copia del envío firmada</li> <li>• Registra en control de gastos notariales el envío</li> </ul>
27	Colaborador Seguros	<p>Recibe de la aseguradora</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío de la documentación.</li> <li>• Liquidaciones</li> <li>• Cheque por pago de gastos notariales.</li> <li>• Finiquito</li> </ul> <p>Entrega al jefe del Departamento para su revisión y control.</p>
28	Jefe Seguros	<p>Revisa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• las liquidaciones</li> <li>• cheques</li> <li>• finiquitos</li> </ul> <p>Verifica que los valores liquidados sean congruentes con los valores reclamados.</p> <p>Devuelve documentos a colaborador para que los entregue al beneficiario</p>
29	Colaborador Seguros	<p>Descarga de lista de gastos notariales pendientes.</p> <p>Avisa a beneficiarios para que se acerquen a Firma finiquito y recibe cheque por el pago de Gastos Notariales.</p>
30	Jefe Seguros	<p>Verifica la identidad del familiar del asegurado confrontando</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DUI</li> <li>• NIT</li> </ul> <p>Con el expediente.</p>
	Colaborador Seguros	<p>Entrega a los familiares del asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cheque por pago Gastos Notariales.</li> </ul>

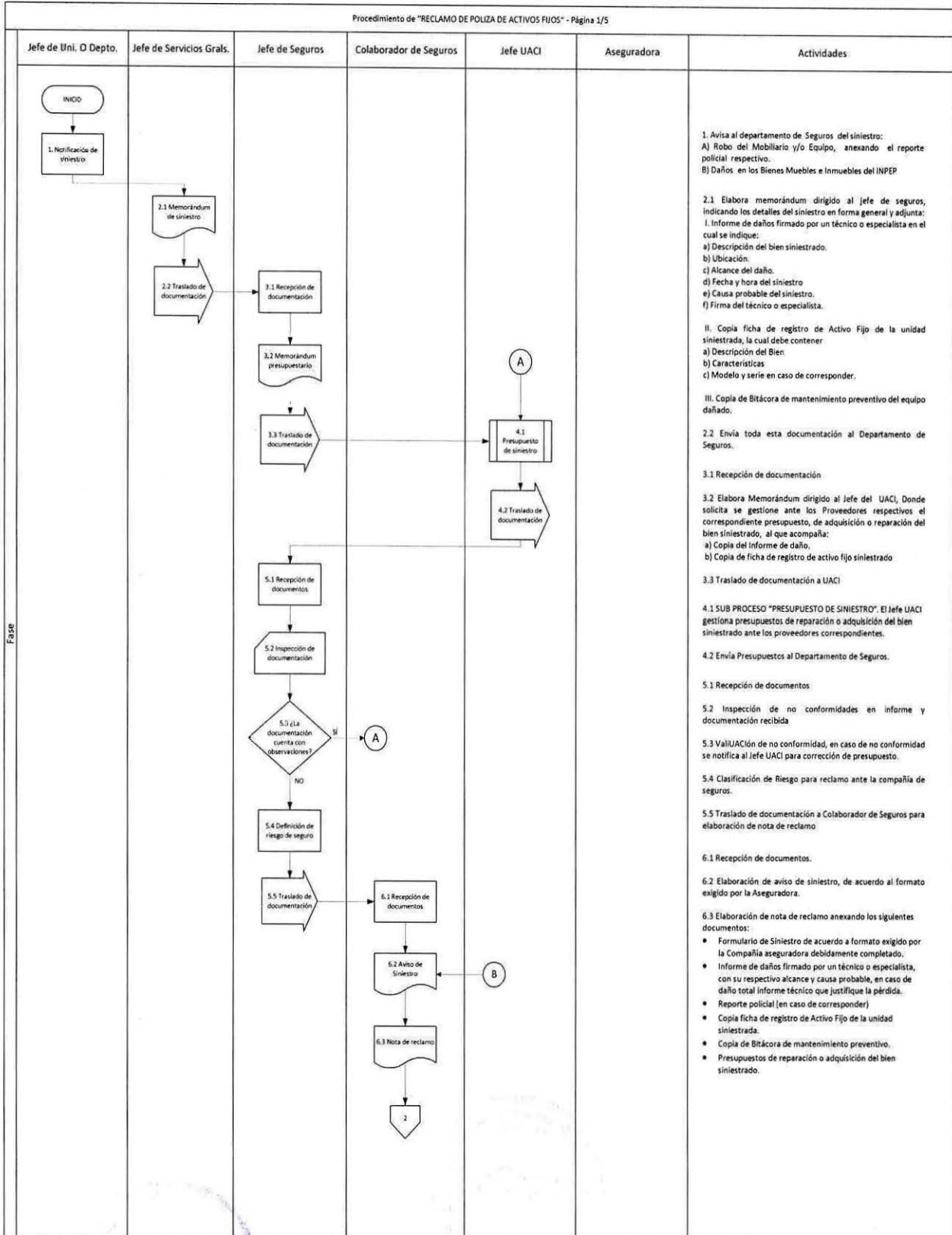
		Finiquito por pago de Gastos Notariales el cual es firmado por el familiar prestando su conformidad y aceptación
	Colaborador Seguros	<p>Recibe finiquitos firmados</p> <p>Archiva copia de expedientes</p> <p>Prepara nota de envío a la Compañía</p> <p>Previa revisión y firma de nota de Envío por parte del Jefe de Seguros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrega nota de envío y finiquito firmados a la aseguradora.</li> <li>• Archiva copia de recibido en expedientes.</li> </ul>





CON ESTO SE CONCLUYE EL PROCEDIMIENTO



# DIAGRAMAS DE FLUJO

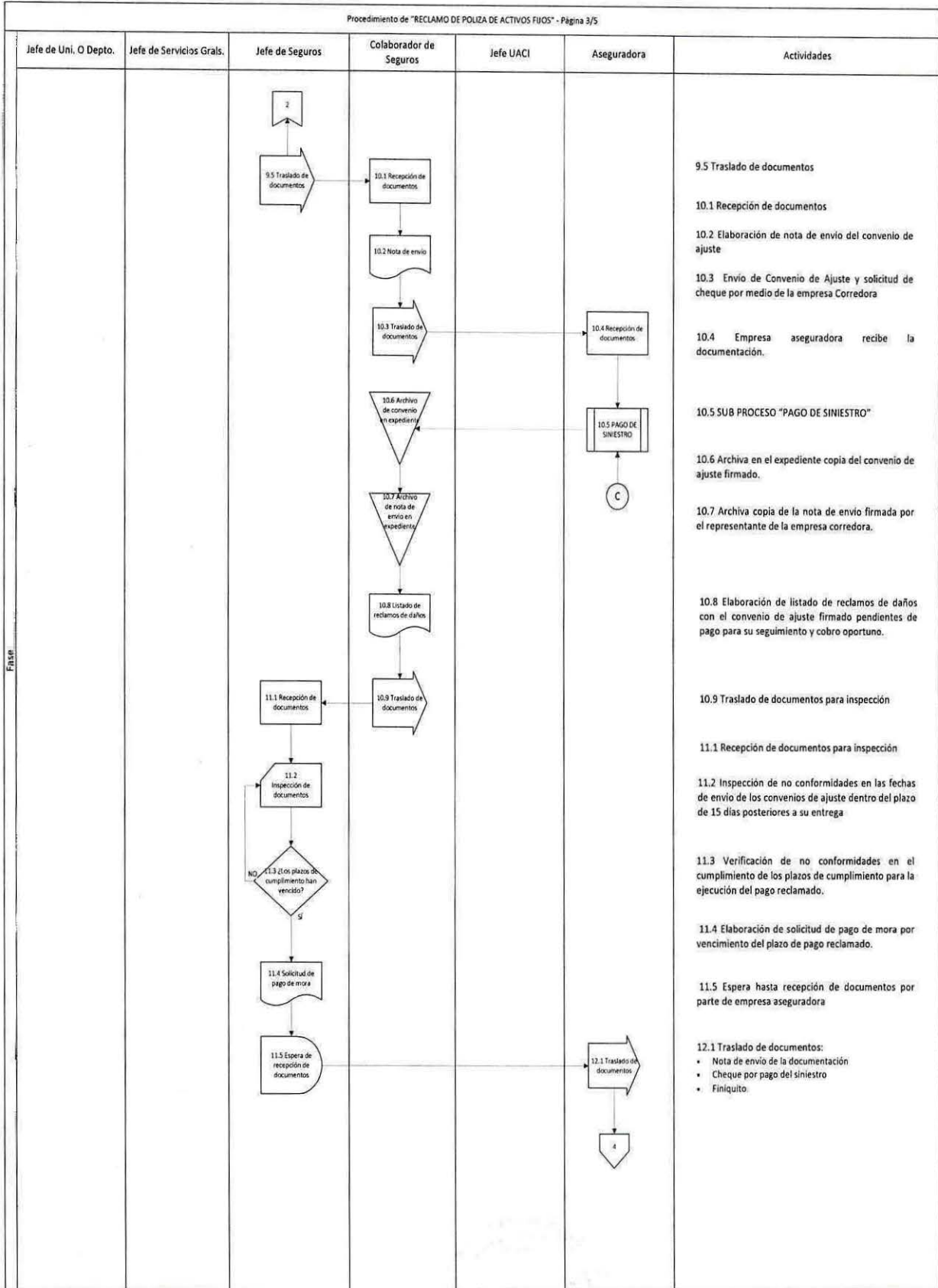
Procedimiento de "RECLAMO DE POLIZA DE ACTIVOS FIJOS" - Página 1/5

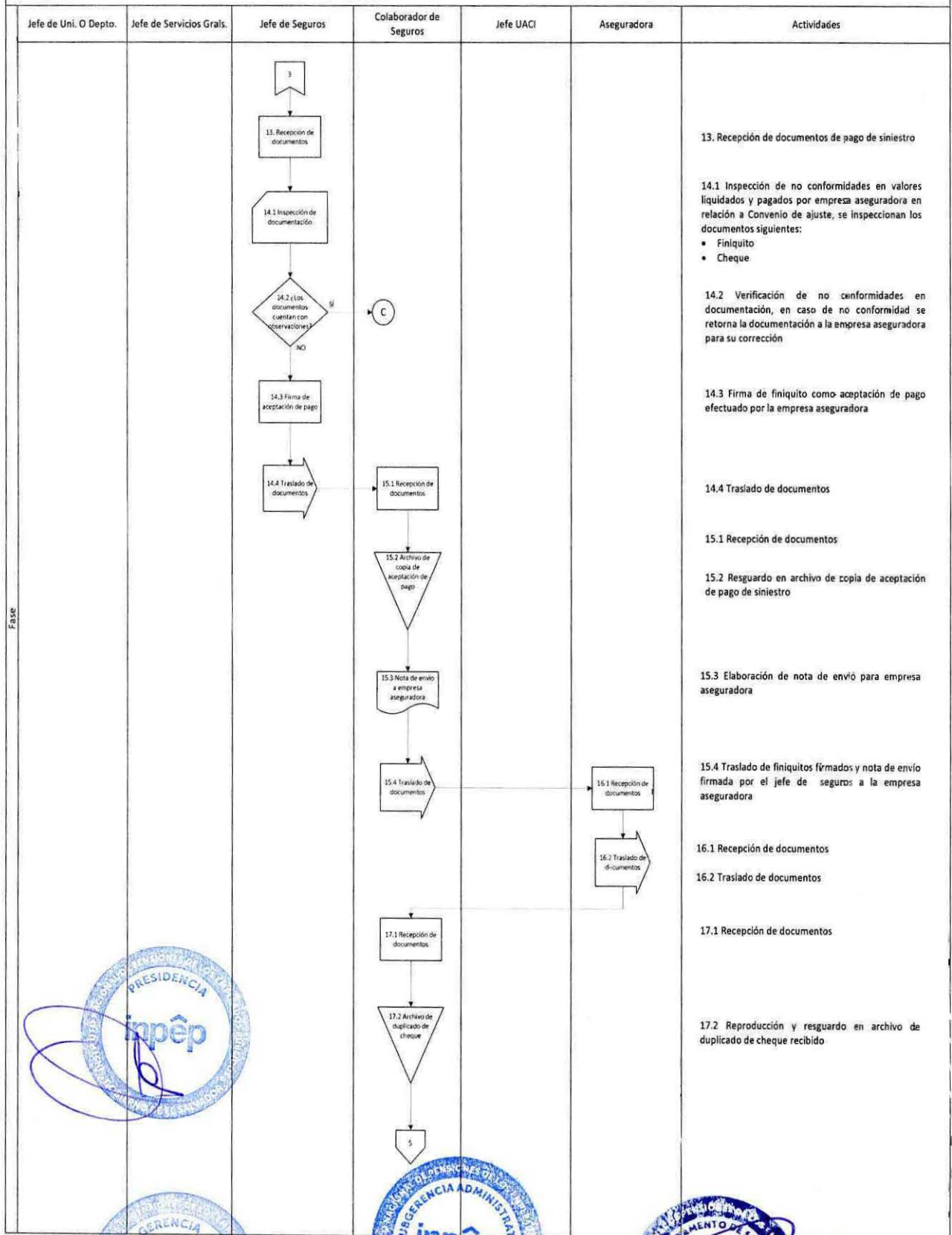


Jefe de Uni. O Depto.	Jefe de Servicios Grls.	Jefe de Seguros	Colaborador de Seguros	Jefe UACI	Aseguradora	Actividades
		 <p>7.1 Recepción de documentos</p> <p>7.2 Inspección de documentación</p> <p>7.3 ¿La documentación cuenta con observaciones?</p> <p>7.4 Autorización de documentos</p> <p>7.5 Traslado de documentación</p>	 <p>6.4 Traslado de documentación</p> <p>8.1 Recepción de documentos</p> <p>8.2 Traslado de documentación</p> <p>8.3 Recepción de documentos</p> <p>8.4 Convenio de Ajuste</p> <p>8.5 Expediente de Reclamo</p> <p>8.6 Listado de reclamos</p>		 <p>8.3 Recepción de documentos</p> <p>8.4 Convenio de Ajuste</p>	<p>6.4 Traslado de documentación para inspección de Jefe de Seguros</p> <p>7.1 Recepción de documentos</p> <p>7.2 Inspección de no conformidades en documentos</p> <p>7.3 Verificación de no conformidades, en caso de no conformidad se regresan los documentos al Colaborador de Seguros para que realice la corrección en la documentación.</p> <p>7.4 Autorización de los documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Firma Nota de envío de reclamo.</li> <li>Firma Formulario de Sinistro de acuerdo a formato exigido por la Compañía aseguradora.</li> </ul> <p>7.5 Traslado de documentación para envío a la empresa aseguradora</p> <p>8.1 Recepción de documentos para envío a la empresa aseguradora</p> <p>8.2 Envía el reclamo y los documentos anexos a la Compañía de Seguros a Través de la empresa corredora.</p> <p>8.3 Recepción de documentación.</p> <p>8.4 SUB PROCESO "Convenio de Ajuste" donde desarrolla y entrega:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nota de envío de documentación.</li> <li>Convenio de Ajuste según el cual la compañía indica                             <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinación del monto ajustado de la pérdida.</li> <li>LiquiUACIÓN del valor a indemnizar</li> </ol> </li> </ul> <p>8.5 Elabora expediente de Reclamo.</p> <p>8.6 Elabora listado de reclamos de activos fijos pendientes de entrega de convenios de ajuste para su seguimiento y lo pasa al jefe de seguros.</p> <p>9.1 Recepción de documentación por parte de empresa aseguradora</p> <p>9.2 Se inspecciona los siguientes elementos en la documentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Convenio de Ajuste.</li> <li>Valores liquidados sean congruentes, con los valores indicados en el reclamo.</li> </ul> <p>9.3 Verificación de no conformidades donde en caso de existir observaciones o inconsistencias se informará a la subgerencia de la acción a tomar</p> <p>9.4 Notificación a Sub Gerencia de las acciones correctivas</p> <p>9.5 Firma el Convenio de Ajuste, dando el Visto Bueno de INPEP</p>
		 <p>9.1 Recepción de documentación</p> <p>9.2 Inspección de documentación</p> <p>9.3 ¿La documentación cuenta con observaciones?</p> <p>9.4 Notificación de observaciones</p> <p>9.5 Autorización de convenio de ajuste</p>				

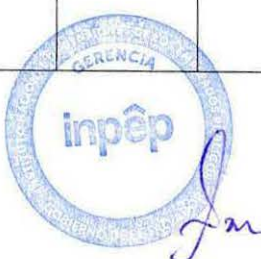
Fase







Fase



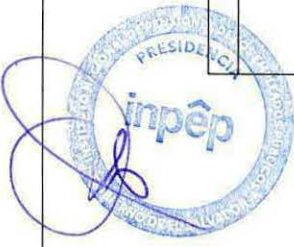
Jefe de Unid. O Depto.	Jefe de Servicios Grals.	Jefe de Seguros	Colaborador de Seguros	Jefe UACI	Aseguradora	Actividades
Fase.			<pre> graph TD     Start([4]) --&gt; 17.3[17.3 Registro de pago]     17.3 --&gt; 17.4[17.4 Memorandum de remesa]     17.4 --&gt; 18[18. Emisión de cheque]     18 --&gt; 19.3[19.3 Recepción de documentos]     19.3 --&gt; 20.1[20.1 Depósito Bancario]     20.1 --&gt; 20.2[20.2 Recepción de documentación]     20.2 --&gt; 20.3[20.3 Notificación de conclusión]     20.3 --&gt; 20.4[20.4 Archivo de documentación]     20.4 --&gt; End([FIN])             </pre>			<p>17.3 Registro del pago en el control de reclamos</p> <p>17.4 Elabora memorándum de remesa del cheque de cancelación del reclamo y lo entrega firmado por el jefe de seguros a colectoría el cual elabora recibo de ingreso conforme a cheque y memorándum para realizar posteriormente el depósito en banco.</p> <p>18. SUB PROCESO desarrollado por colectoría en donde el área:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibe cheque y Memorándum.</li> <li>• Elabora recibo de ingreso conforme a cheque y memorándum.</li> <li>• Entrega recibo de ingreso, devuelve cheque y memorándum a secretaria para depósito en banco.</li> </ul> <p>19. Recepción documentos de Colecturía, se recibe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El recibo de ingreso.</li> <li>• El cheque por indemnización de daños.</li> <li>• Copia del memorándum.</li> </ul> <p>Posteriormente se presenta al banco para realizar el depósito</p> <p>20.1 SUB PROCESO "DEPOSITO BANCARIO" en donde el banco devuelve a la secretaria de seguros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El recibo de ingreso firmado y sellado por el Banco.</li> <li>• Copia del Memorándum dirigido a la colectora, firmada y sellado por el banco.</li> </ul> <p>20.2 Recepción de documentación emitida por el banco</p> <p>20.3 Se notifica a la Sub Gerencia que se ha finalizado la remesa</p> <p>20.4 Se archiva copia de recibo de ingreso y memorándum en expediente.</p>

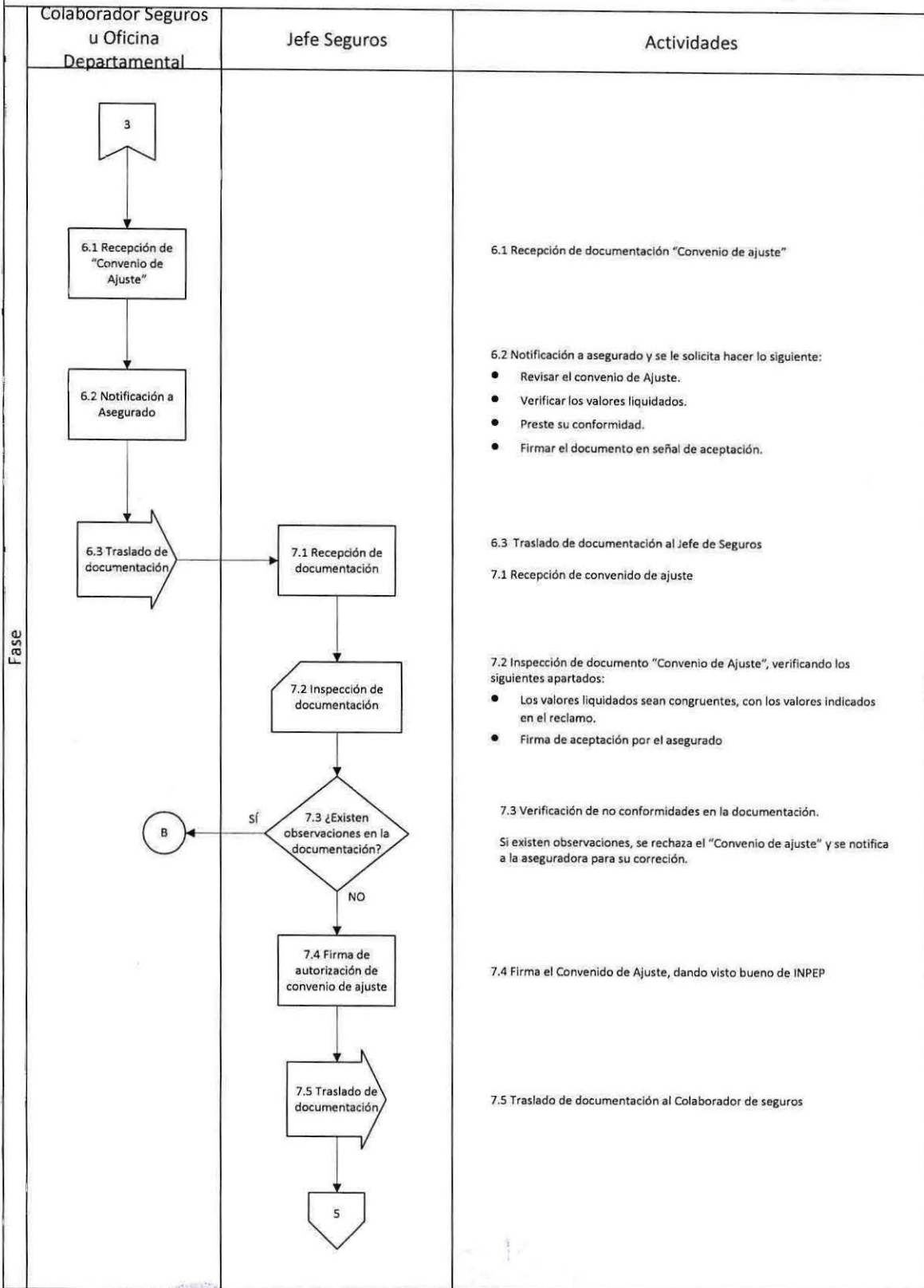
Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p> <pre> graph TD     INICIO([INICIO]) --&gt; 0[0. Recepción de asegurado]     0 --&gt; 1.1[1.1 Formulario "Requisitos para el reclamo de seguro de daño de vivienda"]     1.1 --&gt; 1.2[1.2 Entrega de formulario]     1.2 --&gt; 2.1[2.1 Recepción de documentación]     2.1 --&gt; 2.2[2.2 Inspección de documentación]     2.2 --&gt; 2.3{2.3 ¿La documentación cuenta con observaciones?}     2.3 -- SI --&gt; 1.2     2.3 -- NO --&gt; 2.4[2.4 Entrega de copia]     2.4 --&gt; 2[/2/]                     </pre>		<p>0. Se Recibe al asegurado quien solicita información para la presentación del reclamo por daños en su vivienda.</p> <p>1.1 Anota en original y copia del formulario de "Requisitos para el Reclamo de Seguro de Daños en Viviendas", los datos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre del asegurado.</li> <li>• Fecha del siniestro.</li> <li>• Número del préstamo.</li> <li>• Nombre del Asegurado.</li> <li>• Nombre del informante.</li> <li>• Firma del informante.</li> <li>• Dirección y teléfono del asegurado.</li> <li>• Fecha.</li> </ul> <p>1.2 Entrega al Asegurado el original del formulario de Requisitos para Reclamo de Seguro de Daños, dejando la copia para elaborar el expediente respectivo. Los requisitos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado de cuenta de la deuda proporcionado por control de préstamos (ventanilla módulo 5).</li> <li>• Presupuesto de reparación de los daños (elaborado por un albañil, maestro de obra o ingeniero) este debe incluir en forma detallada los materiales, mano de obra y todos los gastos necesarios para arreglar la vivienda siniestrada</li> <li>• Fotocopia del DUI del Asegurado.</li> <li>• Fotocopia del NIT del Asegurado.</li> </ul> <p>2.1 Recibe del asegurado la documentación de acuerdo al formulario de requisitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma "formulario de recepción de documentos" en original y copia.</li> </ul> <p>2.2 Inspección de los datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos proporcionados por asegurado</li> <li>• Número de matrícula</li> <li>• Número de préstamo</li> <li>• Valor asegurado.</li> </ul> <p>2.3 Verificación de no conformidades en documentación, si la documentación cuenta con observaciones se solicita al asegurado realizar la correcciones necesarias.</p> <p>2.4 Entrega de copia al asegurado como comprobante de los documentos recibidos</p>



Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p>	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">3.3 Recepción de documentación</p> <p style="text-align: center;">3.4 Inspección de documentación</p> <p style="text-align: center;">3.5 ¿Existe alguna observación con la documentación?</p> <p style="text-align: center;">SÍ</p> <p style="text-align: center;">NO</p> <p style="text-align: center;">3.6 Firma de autorización</p> <p style="text-align: center;">3.7 Traslado de documentación</p> <p style="text-align: center;">3</p>	<p>2.5 Llena el formulario de "Aviso de Siniestro" que es firmado por el Asegurado y la Secretaria de Seguros (exigencia de las Aseguradoras).</p> <p>3.1 Elabora Nota de Reclamo de Seguro de Daños y anexa la documentación siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulario de "Aviso de Siniestro"</li> <li>• Presupuesto de reparación de los daños de la vivienda preparado por un albañil, Maestro de Obra o Ingeniero, el cual debe incluir:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiales, Mano de Obra y Otros gastos</li> <li>• Firma de la persona que realiza el presupuesto.</li> <li>• Número de DUI y NIT de quien hizo el presupuesto.</li> </ul> </li> <li>• Copia de DUI y NIT de Asegurado</li> <li>• Declaración del Siniestro</li> </ul> <p>3.2 Traslado de documentación al Jefe del Departamento de Seguros para su inspección</p> <p>3.3 Recepción de documentación</p> <p>3.4 Inspección de documentación, verificando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisa el reclamo.</li> <li>• Verifica que no falte ningún documento</li> <li>• Corroborar que todos los documentos estén completos.</li> </ul> <p>3.5 Verificación de no conformidades de la documentación, si la documentación cuenta con observaciones, se regresa al colaborador de seguros para realizar las correcciones indicadas.</p> <p>3.6 Firma autorización de documentación de reclamo</p> <p>3.7 Traslado de documentación a Colaborador de seguros</p>

Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p>		<p>4.1 Recepción de notas y anexos</p> <p>4.2 Elaboración de expediente de reclamo</p> <p>4.3 Envío de nota y anexos a la compañía de seguros</p> <p>4.4 Registro de datos del envío en control de reclamos</p> <p>4.5 Se archiva copia del reclamo firmado por representantes de la aseguradora</p> <p>4.6 Se elabora listado de los reclamos de daños a vivienda pendientes de entrega de convenios de ajuste para darle seguimiento y cumplimiento, según normativa.</p> <p>5. Sub Proceso "Convenio de ajuste", realizado por la aseguradora, donde se verifica y desarrolla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• EL Formulario de reclamo este completo.</li> <li>• Todos los documentos requeridos.</li> <li>• La existencia del daño</li> <li>• Elabora el correspondiente "convenio de ajuste"</li> </ul> <p>Posterior a la elaboración del "Convenio de ajuste" la aseguradora entrega:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nota de envío de la documentación.</li> <li>• Convenio de Ajuste según el cual la compañía indica</li> <li>• Determinación del monto ajustado de la pérdida.</li> <li>• Liquidación del valor a indemnizar</li> </ul>

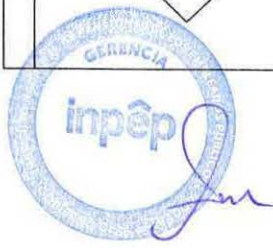
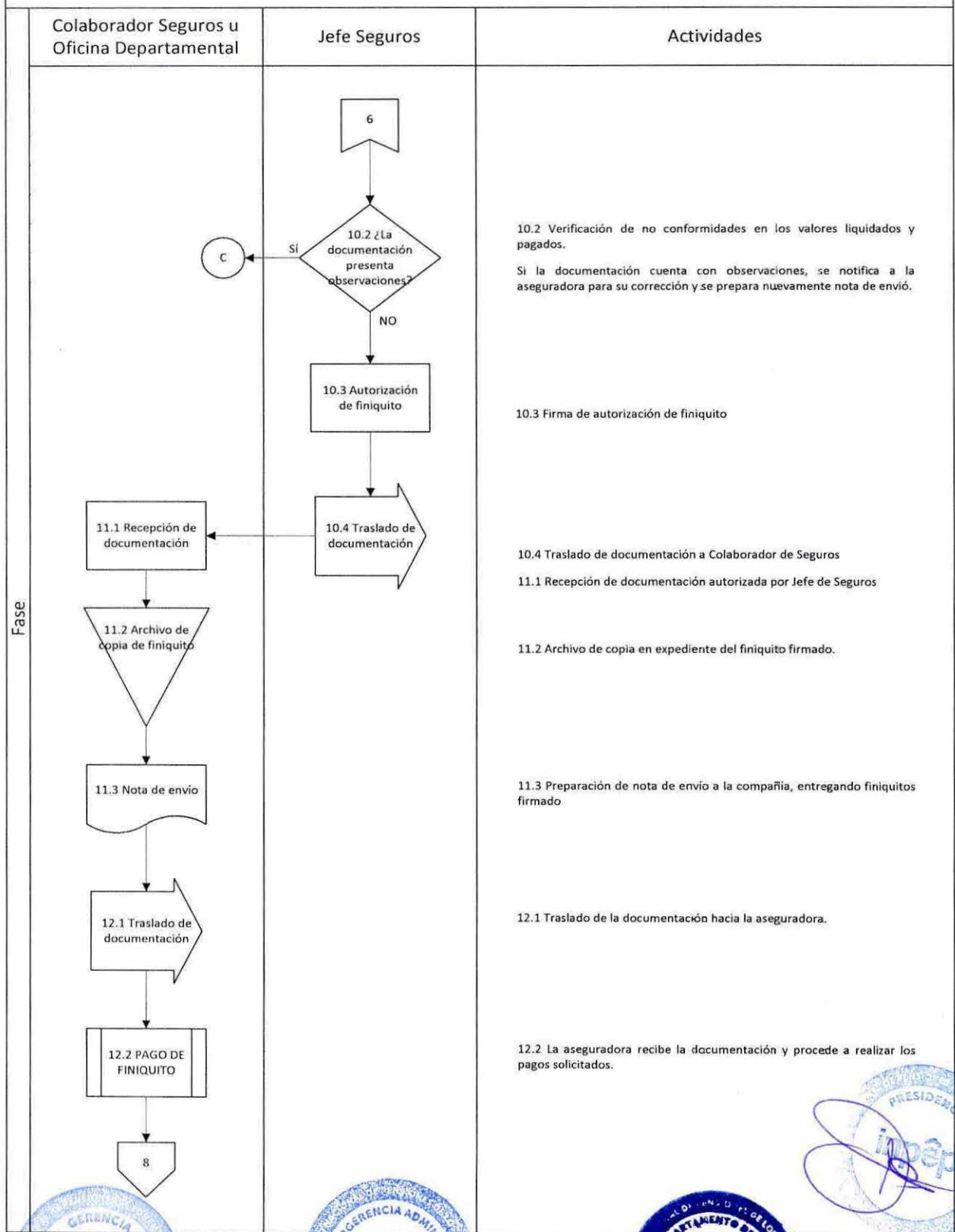




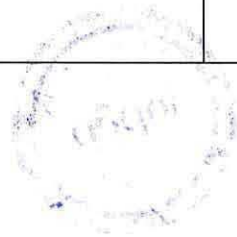
Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p> <pre> graph TD     4[4] --&gt; 8.1[8.1 Recepción de documentos]     8.1 --&gt; 8.2[8.2 Nota de envío]     8.2 --&gt; 8.3[8.3 Envío de documentación a aseguradora]     8.3 --&gt; 8.4[8.4 Archivo de copia de convenio de ajuste]     8.4 --&gt; 8.5[8.5 Archivo de copia de nota de envío]     8.5 --&gt; 8.6[8.6 Listado de reclamos]     8.6 --&gt; 6[6]             </pre>	<p style="text-align: center;">C</p>	<p>8.1 Recepción de documentos autorizados para continuación de proceso</p> <p>8.2 Elaboración de nota de envío del convenio de ajuste.</p> <p>8.3 Se envía el "Convenio de ajuste" y solicitud de cheque a la aseguradora.</p> <p>8.4 Archivo en expediente la copia del convenio de ajuste firmado.</p> <p>8.5 Archivo de copia de nota de envío firmada por el representante de la aseguradora</p> <p>8.6 Elaboración de listado de reclamos de daños a vivienda con el convenio de ajuste firmado pendiente de pago para su seguimiento y cobro oportuno.</p>



Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p> <pre> graph TD     5[5] --&gt; 87[8.7 Revisión de plazos de documentación]     87 --&gt; 88{8.8 ¿Se ha excedido el plazo de 15 días?}     88 -- NO --&gt; 90[9.0 Recepción de documentación]     88 -- SÍ --&gt; 89[8.9 Solicitud de pago de mora]     89 --&gt; 90     90 --&gt; 91[9.1 Traslado de documentación]     91 --&gt; 92[9.2 Recepción de documentación]     92 --&gt; 101[10.1 Inspección de documentación]     101 --&gt; 7[7]                     </pre>		<p>8.7 Revisión de seguimiento a fin de que se cumplan los plazos dentro de los quince días siguientes a la entrega del mencionado documento.</p> <p>8.8 Validación de no conformidades en plazo de 15 días para la entrega de documentación</p> <p>8.9 Si después de quince días de realizado el procedimiento la compañía aseguradora, no ha realizado el pago reclamado, debe solicitarse además, la mora correspondiente.</p> <p>9.0 Recepción de la documentación por parte de la aseguradora:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Nota de envío de la documentación</li> <li>● Cheque por pago del siniestro</li> <li>● Finiquito del reclamo</li> </ul> <p>9.1 Traslado de documentación para revisión y aprobación de Jefe de Seguros.</p> <p>9.2 Recepción de documentación para revisión y aprobación.</p> <p>10.1 Verifica que los valores liquidados y pagados sean congruentes con el indicado en el "Convenio de Ajuste".</p>



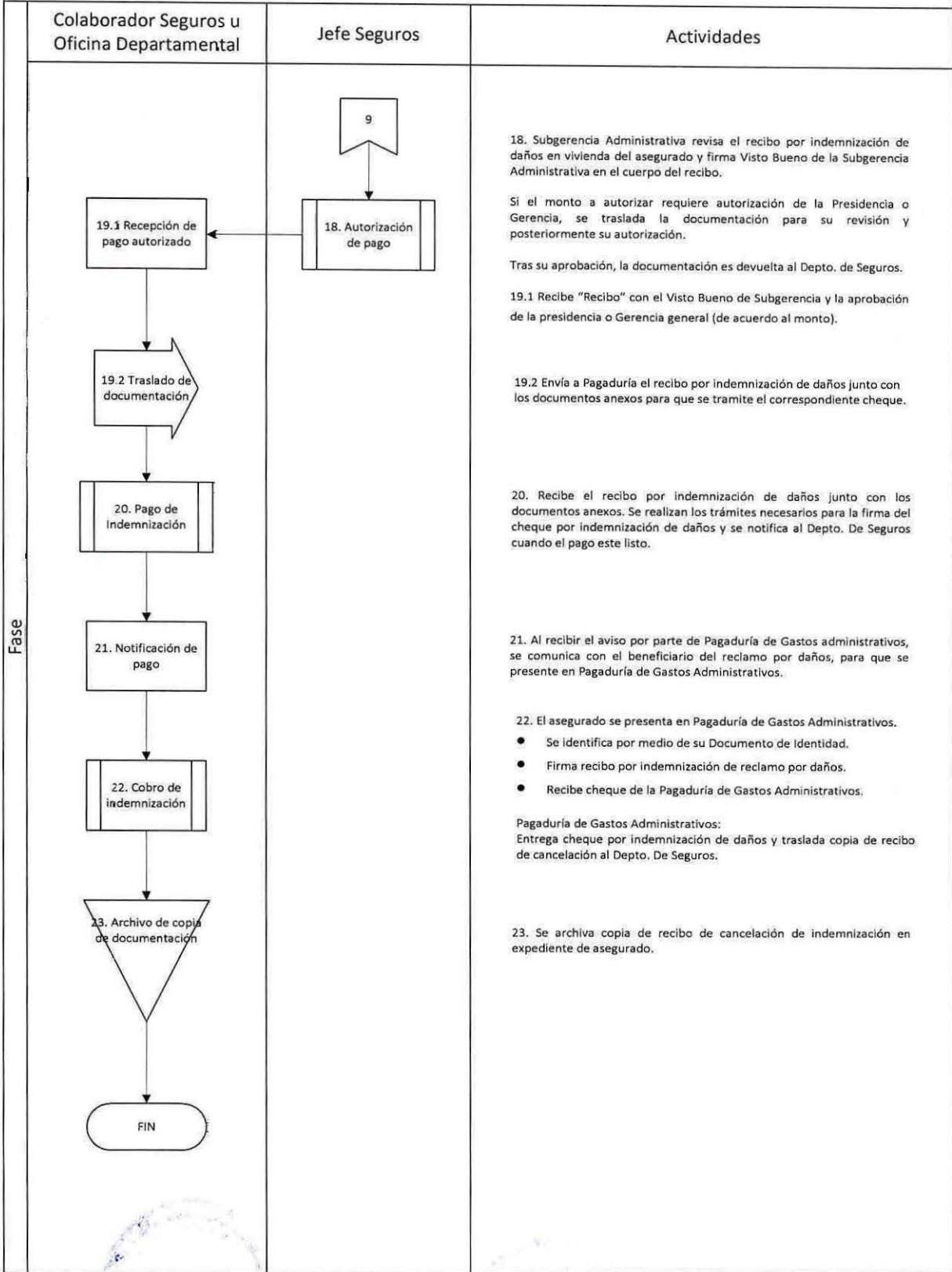
Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p> <pre> graph TD     7[7] --&gt; 13.1[13.1 Recepción de documentación]     13.1 --&gt; 13.2[13.2 Reproducción de documentación]     13.2 --&gt; 13.3[13.3 Archivo de copia de finiquito]     13.3 --&gt; 13.4[13.4 Registro de pago en control de reclamos]     13.4 --&gt; 13.5[13.5 Memorándum de remesa]     13.5 --&gt; 13.6[13.6 Traslado de documentación]     13.6 --&gt; 14[14. PROCESAMIENTO DE PAGO]     14 --&gt; 9[9]                     </pre>		<p>13.1 Recepción de cheque entregado por la aseguradora.</p> <p>13.2 Se realiza reproducción de cheque.</p> <p>13.3 Se archiva en expediente la copia de cheque recibido.</p> <p>13.4 Registro del pago en control de reclamos.</p> <p>13.5 Elaboración de memorándum de remesa del cheque de cancelación del reclamo por daños</p> <p>13.6 Se entrega el memorándum firmado por Jefe de Seguros al Departamento de Colecturía.</p> <p>14. Depto. De Colecturía recibe la documentación y elabora recibo de ingresos y lo traslada al banco y procesa autorización del banco.</p>



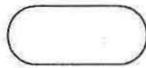
Colaborador Seguros u Oficina Departamental	Jefe Seguros	Actividades
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Fase</p>		<p>15. Recibe de colectoría el recibo de ingreso y copia del memorándum firmado y sellado por el banco.</p> <p>15.2 Reproducción de documentos de pago recibidos por Depto. De Colecturía.</p> <p>15.3 Se archiva la copia de documentación como anexo al expediente.</p> <p>16.1 Prepara recibo por indemnización de daños en vivienda del asegurado, anexando lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Copia del cheque por indemnización de daños.</li> <li>• Copia del recibo de ingreso sellado por banco.</li> <li>• Copia del DUI del Asegurado</li> <li>• Copia del NIT del Asegurado</li> </ul> <p>16.2 Traslado de documentación a Jefe de Seguros para revisión y autorización.</p> <p>17.1 Recepción de documentación</p> <p>17.2 Revisa Recibo por indemnización de daños en vivienda del asegurado y firma Visto Bueno del Departamento de Seguro en el cuerpo del recibo.</p> <p>17.3 Se envían recibos a Subgerencia para su visto bueno</p>



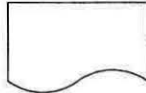




GLOSARIO DE SIMBOLOGIA



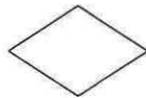
**TERMINAL:** Indica el inicio y cierre del proceso



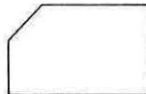
**DOCUMENTO:** Se refiere a un documento utilizado o generado en el proceso.



**ACTIVIDAD:** Representa una actividad realizada en el proceso.



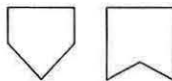
**DECISIÓN O ALTERNATIVA:** Indica un punto en el flujo para la evaluación de una condición o alternativa para la toma de decisiones.



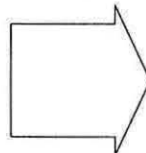
**INSPECCIÓN/VERIFICACIÓN:** Constata que la actividad sea realizada en base la normativa y requerimientos definidos.



**CONECTOR:** Representa una conexión o enlace de una parte del diagrama de flujo con otra parte lejana del mismo.



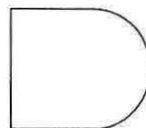
**CONECTOR DE PAGINA:** Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente, en la que continua el diagrama de flujo.



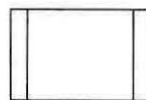
**DESPLAZAMIENTO O TRANSPORTE:** Indica el desplazamiento o movimiento de los empleados, documentos o material de un lugar a otro.



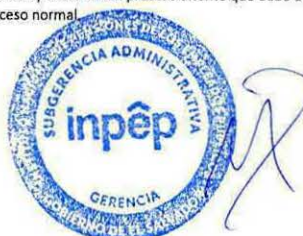
**ALMACENAMIENTO:** Acción de archivo de un documento o expediente.



**RETRASO:** Indica una espera o retraso ocasionado en el proceso



**SUB PROCESO:** Indica la entra y salida de un proceso alterno que debe de realizarse durante el proceso normal.



FORMATOS

RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP



FORMULARIO:

REQUISITOS PARA RECLAMACION DE DAÑOS BIENES PROPIEDAD DE INPEP

*NOMBRE DEL BIEN SINIESTRADO:* \_\_\_\_\_  
*FECHA DEL SINIESTRO:* \_\_\_\_\_  
*COMPAÑÍA ASEGURADORA:* \_\_\_\_\_  
*PÓLIZA APLICABLE:* \_\_\_\_\_  
*COBERTURA APLICABLE:* \_\_\_\_\_

- Ficha de Inventario Activo Fijo.
- Fotocopia factura de compra.
- Presupuesto por la reparación o reemplazo del bien siniestrado
- Aviso de exposición policial (en caso de corresponder)
- Aviso a la Fiscalía general de la República (en caso de corresponder).
- Informe de Auditoría interna (en caso de corresponder).
- Copia del Informe del cuerpo de bomberos (en caso de corresponder).

*FIRMA INFORMANTE:* \_\_\_\_\_  
*NOMBRE:* \_\_\_\_\_  
*DIRECCION* \_\_\_\_\_  
*TELEFONO* \_\_\_\_\_ *FECHA* \_\_\_\_\_



# FORMULARIO: RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

## RECLAMACION DE DAÑOS BIENES PROPIEDAD DE INPEP

NOMBRE DEL BIEN SINIESTRADO: \_\_\_\_\_  
 FECHA DEL SINIESTRO: \_\_\_\_\_  
 COMPAÑÍA ASEGURADORA: \_\_\_\_\_  
 PÓLIZA APLICABLE: \_\_\_\_\_  
 COBERTURA APLICABLE: \_\_\_\_\_

	SI	NO
* Ficha de Inventario Activo Fijo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia factura de compra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Reconocimiento del Cadáver/boleta de defunción/certificación médica fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Copia Factura de Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Estado de Cuenta de la deuda proporcionado por la Sección Control de Prestamos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia de DUI y NIT del Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia de DUI y NIT de quien canceló los gastos funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia de DUI y NIT de un testigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



SEGUROS INPEP

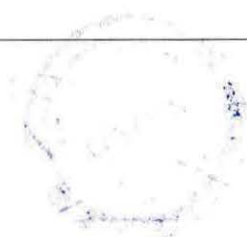
TELÉFONO

2247-9700, EXT 215 y 416  
 2247-9705 (DIRECTO)



## FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO

<i>RECLAMO N°</i>	
<i>Compañía Aseguradora:</i>	
<i>PÓLIZA N°</i>	
<i>ASEGURADO(A)</i>	INPEP
<i>CAUSA DEL SINIESTRO</i>	.....
<i>FECHA DEL SINIESTRO</i>	.....DE 2020
<i>DIRECCIÓN</i>	15 Y 17 CALLE PONIENTE CENTRO DE GOBIERNO SAN SALVADOR
<i>TELÉFONO</i>	2247-9700
<i>DESCRIPCION DE LOS DAÑOS</i>	ROBO , HURTO
<i>SUMA ASEGURADA</i>	\$1,764.00
<i>Documentación Presentada por</i>	DEPARTAMENTO DE SEGUROS
<i>DIRECCIÓN</i>	15 Y 17 CALLE PONIENTE CENTRO DE GOBIERNO SAN SALVADOR
<i>TELÉFONO</i>	2247-9700
<i>FIRMA Y SELLO</i>	
<i>NOMBRE</i>	JUAN ESTEBAN CASIVA GAITAN
FECHA ..... DE 20....	





FORMULARIO:

### REQUISITOS PARA RECLAMACION DE DAÑOS EN VIVIENDA

NOMBRE DEL ASEGURADO : \_\_\_\_\_  
FECHA DEL SINIESTRO : \_\_\_\_\_  
No. DE PRÉSTAMO : \_\_\_\_\_

- ESTADO DE CUENTA (Proporcionado por Sección de Recuperación Judicial y Administrativa)
- PRESUPUESTO DE REPARACIÓN DE DAÑOS
- FOTOCOPIA DE DUI Y NIT DEL ASEGURADO (Ampliados al 150%)

FIRMA DEL ASEGURADO : \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ASEGURADO : \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DEL ASEGURADO : \_\_\_\_\_  
TELÉFONO LUGAR DE TRABAJO : \_\_\_\_\_  
TELÉFONO VIVIENDA : \_\_\_\_\_  
TELÉFONO MÓVIL : \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO : \_\_\_\_\_  
FECHA : \_\_\_\_\_



FORMULARIO:



# RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

## RECLAMACION DE DAÑOS EN VIVIENDA

NOMBRE DEL ASEGURADO : \_\_\_\_\_  
FECHA DEL SINIESTRO : \_\_\_\_\_  
No. DE PRÉSTAMO : \_\_\_\_\_

- |  | SÍ                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • ESTADO DE CUENTA (Proporcionado por Sección de recuperación) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • PRESUPUESTO DE REPARACIÓN DE DAÑOS                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • FOTOCOPIA DE DUI Y NIT DEL ASEGURADO (Ampliados al 150%)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FIRMA y SELLO : \_\_\_\_\_  
NOMBRE : \_\_\_\_\_  
FECHA : \_\_\_\_\_  
RECLAMO NÚMERO : \_\_\_\_\_

### SEGUROS INPEP

TELÉFONO 2247-9700 (EXT.215)  
2247-9705 (DIRECTO)

NOTA FINAL Por este medio se le informa que:

- Personal de la compañía aseguradora lo visitarán dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la documentación, con el objeto de evaluar el daño y revisar que el presupuesto presentado se ajusta a la realidad.



**inpep**

# FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO

RECLAMO N°

Compañía Aseguradora:

PÓLIZA N°

ASEGURADO(A)

CAUSA DEL SINIESTRO

FECHA DEL SINIESTRO

DIRECCIÓN

TELÉFONO

DESCRIPCION DE LOS DAÑOS

SUMA ASEGURADA

Documentación Presentada por

DIRECCIÓN

TELÉFONO

FIRMA Y SELLO

NOMBRE

FECHA



RECLAMOS MÉDICOS



7755/317/2021  
01 de abril de 2021.

SEÑORES  
SISA VIDA S.A. SEGUROS DE PERSONAS  
PRESENTE

**ATENCIÓN** : Lic. CAMILA MÁRQUEZ  
Gerente Comercial  
**REFERENCIA** : PÓLIZA SALC – 508108  
**ASUNTO** : SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Estimado Licenciada Márquez:

Adjuntamos documentos por reclamo de gastos médicos de:

CONTRATANTE                      INPEP  
ASEGURADO                        JUAN PÉREZ GARCÍA  
POLIZA No.                         SALC – 509563      CERTIFICADO 0246

	DETALLE	NÚMERO	VALOR
1	Formulario de Reclamo	# 7682	
2	Comprobante Honorarios Médicos	# 4585	\$23.00
3	Comprobante gastos de laboratorio	#12345	\$150.00
4	Comprobante compra de medicinas	#45566	\$ 50.00
	<b>TOTAL, GENERAL</b>		<b>\$ 223.00</b>

\_\_\_\_\_  
*Lic. JUAN ESTEBAN CASIVA*  
DEPARTAMENTO DE SEGUROS

RECLAMOS DE DEUDA

## REQUISITOS PARA RECLAMACION DE PAGO DE DEUDA POR FALLECIMIENTO

NOMBRE DEL FALLECIDO: \_\_\_\_\_  
FECHA DEL FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
No. DE PRESTAMO: \_\_\_\_\_

- Partida de Nacimiento Original.
- Partida de defunción Original.
- Reconocimiento del cadáver
- Copia de Factura de Gastos Funerarios
- Estado de Cuenta proporcionado por la Sección de Recuperación Judicial y Administrativa.
- Fotocopia del DUI del fallecido.
- Fotocopia del DUI de la persona que canceló los gastos funerarios.
- Fotocopia del NIT de la persona que canceló los gastos funerarios.

FIRMA INFORMANTE: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DIRECCION \_\_\_\_\_  
TELEFONO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



## COMPROBANTE DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

### RECLAMO DE DEUDA POR FALLECIMIENTO

NOMBRE DEL FALLECIDO \_\_\_\_\_

FECHA DE FALLECIMIENTO \_\_\_\_\_

Nº DE PRÉSTAMO: \_\_\_\_\_

	SI	NO
* Partida de Nacimiento <u>Original</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Partida de Defunción <u>Original</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Reconocimiento del Cadáver/boleta de defunción/certificación médica fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Copia Factura de Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Estado de Cuenta de la deuda proporcionado por la Sección Recuperación Judic. y Adm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia de DUI y NIT del Fallecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia de DUI y NIT de quien canceló los gastos funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* Fotocopia de DUI y NIT de un testigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIRMA Y SELLO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

### SEGUROS INPEP

TELÉFONO

2247-9700 EXT.215 y 416

2247-9705 (DIRECTO)

**NOTA FINAL** Por este medio se le informa que, de no existir alguna observación por parte de la compañía Aseguradora, la deuda será cancelada en los próximos cuarenta días contados a partir de la presentación de la documentación requerida

## FORMULARIO DE RECLAMO DE SEGURO DE DEUDA

RECLAMO N°	DP 030/2021
<ul style="list-style-type: none"> <li>• COMPAÑÍA ASEGURADORA:</li> <li>• PÓLIZA N°</li> <li>• DEUDOR PRINCIPAL</li> <li>• MATRÍCULA N°</li> <li>• CODEUDOR FALLECIDO</li> <li>• MATRÍCULA N°</li> <li>• PRÉSTAMO PERSONAL:</li> <li>• PRÉSTAMO HIPOTECARIO:</li> <li>• FECHA DEL SINIESTRO</li> <li>• CAUSA DEL SINIESTRO</li> <li>• LUGAR DE TRABAJO/PROFESIÓN</li> </ul>	<p>SISA VIDA S.A. SEGUROS DE PERSONAS</p> <p>VIDE-511502</p> <p>HUMBERTO RODRÍGUEZ CHÁVEZ</p> <p>6786016327</p> <p>JOAQUÍN ANTONIO HERNÁNDEZ CHÁVEZ</p> <p>3890021945</p> <p>1193041790</p> <p></p> <p>07/08/17</p> <p>MUERTE NATURAL POR ENFERMEDAD</p> <p>CONTADOR</p>
Beneficiario de subsidio de Gastos Funerarios	ANA LILIAN URQUILLA DE HERNÁNDEZ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRECCIÓN</li> <li>• TELÉFONO</li> </ul>	<p>Col. Centroamericana Av. Irazú # 217 SAN SALVADOR – SAN SALVADOR</p> <p>7352-1866 y 2274-6036</p>
Documentación Presentada por	ANA LILIAN URQUILLA DE HERNÁNDEZ
<ul style="list-style-type: none"> <li>• DIRECCIÓN</li> <li>• TELÉFONO</li> </ul>	<p>Col. Centroamericana Av. Irazú # 217 SAN SALVADOR – SAN SALVADOR</p> <p>7352-1866 y 2274-6036</p>
Documentación recibida por:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FIRMA Y SELLO DE INPEP</li> <li>• NOMBRE:</li> <li>• FECHA:</li> </ul>	<p>Lic. JUAN ESTEBAN CASIVA GAITÁN</p> <p>03/04/2021</p>



ANEXOS

FORMULARIOS PROVISTOS POR ASEGURADORA PARA RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP



RECLAMO SEGURO DE DAÑOS

Reclamo No.: \_\_\_\_\_  
Póliza No.: \_\_\_\_\_  
Certificado No.: \_\_\_\_\_

1) DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS (INPEP)  
Dirección de Trabajo: Entre 15 y 17 calle poniente – Centro de Gobierno – San Salvador Tels.: 2247-9700 (Ed. 215)  
Dirección de Residencia: Entre 15 y 17 calle poniente – Centro de Gobierno – San Salvador Tels.: 2247-9705  
Nombre del Negocio: INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS (INPEP)

2) DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
¿Lugar en que se descubrió? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se descubrió? \_\_\_\_\_  
¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_  
¿Testigo que presenciaron? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró el asegurado? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se combatió? \_\_\_\_\_  
¿Qué medidas se tomaron después del siniestro? \_\_\_\_\_  
Causas que presume el asegurado: \_\_\_\_\_  
Autoridades que tomó conocimiento del evento: \_\_\_\_\_  
Ubicación de los bienes asegurados: \_\_\_\_\_

3) LAS PERDIDAS / DAÑOS MATERIALES

Consideraron en: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Edificio SISA, No. 10-102,  
Carrera a Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.  
Teléfono 2241-8000



#### 4) DATO DE AUTORIDAD

¿Fue autorizado el caso a las autoridades?  Sí  No

¿Fue a base de autoridad y dominio? \_\_\_\_\_

¿Hubo participación del cuerpo de bomberos?  Sí  No

#### 5) ESTIMACIÓN DEL VALOR REAL DEL EDIFICIO Y/O CONTENIDO DEL SINIESTRO

CANTIDAD	CONCEPTO	VALORES

#### 6) ESTIMACIONES DE LAS PÉRDIDAS CORRESPONDIENTES

CANTIDAD	CONCEPTO	VALORES

1. ¿Qué procedimiento se empleó para determinar la cantidad? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué fuente se utilizó para establecer el valor real? \_\_\_\_\_

3. Bienes Salvados: \_\_\_\_\_

4. ¿Dónde se encuentran los Bienes Salvados? \_\_\_\_\_

5. ¿Existen pólizas aseguradas tienen gravamen indique con quienes? \_\_\_\_\_

6. ¿Existen otras segurías sobre los bienes asegurados, indique número de póliza y nombre de aseguradoras? \_\_\_\_\_

#### AUTORIZACIÓN

Declaro que todos los datos relativos al siniestro y muestra declaración son correctos, exactos y verídicos y que yo (los/amos) obligados/a suministra(r) a la Compañía todos los informes y documentos que me/hos soliciten con respecto al siniestro. Asimismo le otorgamos la autorización para obtener tales informaciones de otras fuentes.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario Firma y sello del Asegurado o Representante Legal

1. El presente informe de siniestro es una declaración de veracidad de la póliza del asegurado con respecto a los hechos que originaron el siniestro, y no garantiza la exactitud de los datos suministrados por el asegurado. El asegurado debe proporcionar toda la información que le sea requerida para la gestión del siniestro. El presente informe de siniestro es una declaración de veracidad de la póliza del asegurado con respecto a los hechos que originaron el siniestro, y no garantiza la exactitud de los datos suministrados por el asegurado. El asegurado debe proporcionar toda la información que le sea requerida para la gestión del siniestro.



FORMULARIOS PROVISTOS POR ASEGURADORA PARA RECLAMOS DAÑOS A UNIDADES HABITACIONALES FINANCIADAS POR INPEP



RECLAMO SEGURO DE DAÑOS

Reclamo No.: \_\_\_\_\_  
Póliza No.: \_\_\_\_\_  
Certificado No.: \_\_\_\_\_

1) DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS (INPEP)  
Dirección de Trabajo: Entre 15 y 17 calle poniente – Centro de Gobierno – San Salvador Tels.: 2247-9700 (Ext. 215)  
Dirección de Residencia: Entre 15 y 17 calle poniente – Centro de Gobierno – San Salvador Tels.: 2247-9705  
Nombre del Negocio: INSTITUTO NACIONAL DE PENSIONES DE LOS EMPLEADOS PUBLICOS (INPEP)

2) DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del evento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_  
¿Lugar en que se descubrió? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se descubrió? \_\_\_\_\_  
¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_  
¿Testigo que presenciaron? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró el asegurado? \_\_\_\_\_  
¿Cómo se combatió? \_\_\_\_\_  
¿Qué medidas se tomaron después del siniestro? \_\_\_\_\_  
Causas que presume el asegurado: \_\_\_\_\_  
Autoridades que tomó conocimiento del evento: \_\_\_\_\_  
Ubicación de los bienes asegurados: \_\_\_\_\_

3) LAS PÉRDIDAS / DAÑOS MATERIALES

Donde se dañó en: \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

Edificio SISA, Hn 1810,  
Carreras a Santa Fe de La Libertad, El Salvador, C.A.  
Teléfono: 2241-9000

**4) DATO DE AUTORIDAD**

¿Se fundamenta el caso a las autoridades? Si  No

¿Fue a base de autoridad y cuándo? \_\_\_\_\_

¿Fue a partir de la acción del cuerpo de bomberos? Si  No

**5) ESTIMACIÓN DEL VALOR REAL DEL EDIFICIO Y/O CONTENIDO DEL SINIESTRO**

CANTIDAD	CONCEPTO	VALORES

**6) ESTIMACIONES DE LAS PÉRDIDAS CORRESPONDIENTES**

CANTIDAD	CONCEPTO	VALORES

1. ¿Se menciona la empresa para determinar la pérdida? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué fuente se utilizó para establecer el valor real? \_\_\_\_\_

3. Bienes Salvados: \_\_\_\_\_

4. ¿Qué bienes se encuentran los Bienes Salvados? \_\_\_\_\_

5. ¿Existen otros asegurados tienen gravamen, indique con quienes: \_\_\_\_\_

6. ¿Existen otros seguros sobre los bienes asegurados, indique número de póliza y nombre de aseguradoras: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, declaro que todos los datos relativos al siniestro y mi presente declaración son correctos, exactos y verídicos y que los \_\_\_\_\_ (el/los) a su vez autoriza a la Compañía a todos los informes y documentos que me/hos soliciten con respecto al siniestro. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Asegurado o Representante Legal

INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)  
 INPÊP - INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALVADOR EN EL PAGO POR EL RIESGO COMPLETO (Art. 14-5 Código de Comercio)







## FORMULARIO DE RECLAMO DE GASTOS MÉDICOS

<b>CANTIDAD DE FACTURAS ANEXAS</b> <input type="text"/>	<b>TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS</b> \$ <input type="text"/>
¿Es continuación de reclamo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nº de reclamo: <input type="text"/> N° de precertificación: <input type="text"/>

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del contratante de la póliza:		Nombre del paciente (si es diferente al contratante de la póliza):	
Nombre del titular:		Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: <input type="text"/>	
Nº de póliza:	Nº de certificado:	Fecha de nacimiento:	NIT:
Celular:	DUI:	Correo electrónico:	
Dirección:			

En el caso de un accidente, responda estas preguntas:

Lugar del accidente:	Fecha y hora:
¿Qué actividad hacía?:	¿Cómo ocurrió?:
Lesiones sufridas:	

### AUTORIZACIONES ESPECIALES.

Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares para que provean a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, la información que esta requiere; esto incluye copias exactas de mis archivos, exámenes de laboratorio, exámenes especiales y cualquier otra información que se necesite para la evaluación de este reclamo, librándolos de toda responsabilidad que pueda derivarse al suministrar la información médica respecto a mi persona o la de mis familiares, quedando entendido que la compañía de seguros se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo hasta la obtención de todos los documentos e información necesarios para su completa satisfacción y si existiere falsedad en la información que he brindado la compañía no está obligada a pagar ningún reclamo.

Autorizo a SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, a que proceda al envío de cualquier tipo de comunicación relacionada a este reclamo a través del correo electrónico que designé en el presente formulario. Los seguros de personas son emitidos por SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, filial de SISA Seguros e Inversiones, S.A.

Lugar y fecha:	<input type="text"/>
Agente:	<input type="text"/>

Por favor adjunte a este formulario las facturas originales Duplicado-Cliente de todos los servicios recibidos y medicamentos comprados, junto con el detalle de servicios hospitalarios y/o médicos.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

**INFORME DEL MÉDICO TRATANTE:** llene detalladamente con la información solicitada, por favor.

Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Enfermedad <input type="checkbox"/>	¿Es por padecimiento continuo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha de los 1º síntomas:	
Accidente <input type="checkbox"/>	Fecha y hora de ocurrencia:	Fecha de la 1ª consulta:	
Diagnóstico:			
Consulta en: Clínica <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>		Fecha del próximo control:	

En el caso de un accidente, explique cómo ocurrió:

---

En el caso de una enfermedad, explique otra enfermedad asociada o independiente:

---

Tratamiento (exámenes, medicamentos):

---

En el caso de hospitalización:	Nº de visitas hospitalarias:	Fecha:
En el caso de una cirugía: fecha y nombre del procedimiento:		
Nombre de los médicos que Intervinieron en el caso	Especialidad:	Servicio brindado:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Observaciones adicionales:		

**PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE**

Nombre:	Nº de JVPM:	Firma y sello del médico
Teléfono:	Fecha:	
Correo electrónico:		

SISA, Seguros e Inversiones, S.A. y su filial. Edificio SISA, carretera a Santa Tecla, km 10 1/2, Santa Tecla, El Salvador.  
SISA Phone: 2241-0000.





**PRE-AUTORIZACIÓN HOSPITALARIA Y/O QUIRÚRGICA**

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

**1) DATOS DEL ASEGURADO**

**ASEGURADO:**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente (si aplica): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M

Nombre del médico tratante Dr.(a): \_\_\_\_\_

Hospital donde se internará: \_\_\_\_\_ Días de hospitalización: \_\_\_\_\_

Fecha de internamiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico secundario: \_\_\_\_\_

Procedimiento quirúrgico (ambulatorio  hospitalario ): \_\_\_\_\_

Honorarios quirúrgicos: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido) Anestesia: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido)

Biopsia: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido) Otros: \_\_\_\_\_

Resumen historial clínico (favor anexar resultados de exámenes) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Aprobado

Honorarios quirúrgicos: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido) Anestesia: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido)

Biopsia: US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido) Otros: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dr.(a) \_\_\_\_\_

Director Médico

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de resolución

PARA CIRUGÍAS PROGRAMADAS DEBERÁ PRESENTAR ESTE FORMULARIO DEBIDAMENTE COMPLETADO CON CINCO DÍAS DE ANTECIPACIÓN; EN CASO DE EMERGENCIA EN 24 HORAS SIGUIENTES AL EVENTO. AL NO CUMPLIR CON ESTOS REQUISITOS, LA COMPAÑÍA SE RESERVA EL DERECHO DE PAGO.

Edificio SISA, km 10 VQ  
Carretera a Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.  
SISAFono: 2244-0000





**EXÁMENES ESPECIALES**

Este formulario debe ser completado por el médico especialista que solicita el examen con dos días de anticipación

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**

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

Nombre del Dependiente (si aplica) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Nombre del médico tratante Dr. (s): \_\_\_\_\_

Fecha tentativa de la enfermedad: \_\_\_\_\_

Diagnóstico principal: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundario: \_\_\_\_\_

Examen especial de Diagnóstico solicitado (Adjunte informe de estudios previos): \_\_\_\_\_

Razón por la cual solicita este examen: \_\_\_\_\_

Fecha programada para el examen: \_\_\_\_\_ Costo US\$ \_\_\_\_\_ (IVA incluido)

Lugar en que se hará el examen: \_\_\_\_\_ Ambulatorio:  Hospitalario:

Sello y firma del médico \_\_\_\_\_

Firma del Asegurado \_\_\_\_\_

**PARA USO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**

Aprobado  No aprobado  Observaciones: \_\_\_\_\_

Dr: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Director médico

Fecha de resolución

Exámenes Especiales de Diagnóstico que requieren esta autorización:

Arteriografías cerebrales	Tomografía Axial Computarizada	Endoscopías digestivas	
Centellogramas	Pruebas cutáneas de alergia	Resonancia magnética (M.R.I.)	
Cisternografías	Electroencefalogramas	Pruebas nucleares	
Miuga en esfuerzo	Electromiograma	Electroencefalograma de 24 horas	
Miuga en reposo	Estudios vasculares no invasivos	Procedimientos cardiovasculares invasivos	
Estudios con Tallium	Prueba de esfuerzo	Sonografía	
Cariotipo en líquido amniótico	Holter	Ecocardiograma	

Edificio SISA, km 10 1/2,  
Carretera a Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.  
SISAFono: 2241-0000



**PRE-AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DENTAL**

Contratante: \_\_\_\_\_ Póliza N° \_\_\_\_\_ Certificado N° \_\_\_\_\_

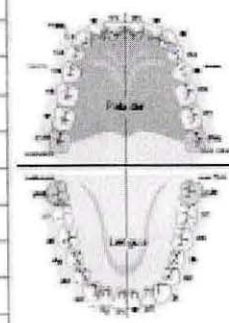
**DATOS DEL ASEGURADO**

**ASEGURADO**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
 Nombre del dependiente (si aplica): \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Nombre del médico tratante Dr.(a): \_\_\_\_\_  
 Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: \_\_\_\_\_

**PRESUPUESTO**

Diente número	Superficie	Descripción del servicio	Precio



Observaciones: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

Para tramitarlo deberá presentar este formulario debidamente completado con cinco días de anticipación. Al no cumplir con estos requisitos, la compañía se reserva el derecho de pago.

Edificio SISA, Km. 101/2  
 Carretera Santa Tecla, La Libertad, El Salvador, C.A.  
 SISAphone: 2241-0000

## VIDA

En caso de Reclamo por Fallecimiento, los documentos que necesita presentar son los siguientes:

- Del Asegurado Fallecido:

- Formularios debidamente completados Formulario 3-1-3 , Formulario 3-1-4
- Certificado de Seguro emitido por SISA VIDA.
- Fotocopia NIT.
- Fotocopia de DUI
- Original o copia certificada, por la respectiva Alcaldía Municipal, de la Partida de Nacimiento.
- Original o copia certificada, por la respectiva Alcaldía Municipal, de la Partida de Defunción

- Por Muerte Natural:

- Formularios debidamente completados Formulario 3-1-3 , Formulario 3-1-4
- Constancia e Informe Médico emitido por el Centro Hospitalario que brindó la asistencia médica, o del médico tratante.

- Por Muerte Violenta (o si no hubo asistencia médica):

- Formularios debidamente completados Formulario 3-1-3 , Formulario 3-1-4
- Reconocimiento Médico Forense emitido por el Instituto de Medicina Legal.
- Autopsia (si el Reconocimiento estipula que le fue practicado).
- Acta de Inspección, Informe del Caso y Anexos, emitidos por los Agentes de la PNC e Investigadores del Ministerio Público, de la Fiscalía General de la República.

- De los Beneficiarios:

- Formularios debidamente completados Formulario 3-1-3 , Formulario 3-1-4
- Original o copia certificada de la partida de nacimiento.
- Fotocopia DUI.
- Si alguno de los beneficiarios es menor de edad, adjuntar a la partida de nacimiento, fotocopia del DUI del Representante Legal.

- NOTA: Quedará a criterio del analista de la aseguradora la solicitud de cualquier documento adicional que dé soporte y agilice la resolución del reclamo presentado.



**DECLARACION PARA SINIESTRO  
SEGURO DE PERSONAS**

**GERENCIA DE SINIESTROS**

Reclamo No. _____
Poliza No.: _____
Certificado No. _____

Declaración de Evento Sucedido al Amparo de la Poliza aquí indicado.

**PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA APLICABLE DETALLADAMENTE ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES ENDCADAS AL DORSO.**

<b>CONTRATANTE:</b>	
NOMBRE DEL ASEGURADO: _____	
AFECTADO: _____	PARENTESCO: _____
1- Ocupación del Afectado: _____	
2- Día, Hora y Fecha del Evento: _____	
3- Lugar en donde ocurrió: _____	
4- Enfermedad que padece: _____	
5- En caso de Accidente o Suceso Violento:	
a) ¿Que Actividad Desarrollaba? _____	
b) ¿Como Sucedió? _____	
c) Lesiones corporales sufridas: _____	
d) Nombre y Dirección de Testigos: _____	
6- Nombre y Dirección de la Persona o Institución que brindó los Primeros Auxilios: _____	
7- Nombre, Dirección y Teléfono del Médico que le atendió: _____	
8- ¿Fue Hospitalizado? SI NO Nombre y Dirección del Centro Hospitalario: _____	
9- Fecha y Hora de Ingreso: _____ Alta: _____	
10- Días de Curación: _____ Incapacidad para asistir al Trabajo: _____	
11- Si resultó incapacidad permanente, favor explicar en qué consiste: _____	
12- En caso de Fallecimiento, indicar día, hora y fecha: _____	
Causa: _____	
13- Declarante: _____ Parentesco: _____	
14- Observaciones: _____	

Por este medio autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que han atendido a mi persona o a mis familiares para que suministren a "SIBA VIDA, S.A. SEGURO DE PERSONAS", las informaciones que ésta requiera, restandoles de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona o la de mis familiares. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Lugar y fecha: _____	Firma: _____
	Nombre: _____
Dirección: _____	Documento de Identificación y No.: _____
Teléfono: _____	Agente: _____

Adjunte por separado las facturas detalladas de los gastos de clínica y de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso. (Cirujano, Anestesiista, Terapia, Radiólogo, Laboratorista, etc.)

### INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR LA DECLARACION DE SINIESTRO

1- Las declaraciones a que se refiere este formulario deben ser hechas por el Asegurado o su representante legal. En los casos de muerte o incapacidad total del Asegurado, deberán ser hechas por el o los beneficiarios designados en la Poliza o Certificado de Seguro; en defecto de los beneficiarios, podrá hacerlas su representante legal.

2- Si se hubiere designado mas de un beneficiario, ellos pueden presentar su reclamación en forma individual o en forma colectiva.

3- Cuando el o los beneficiarios sean menores de 21 años de edad, la reclamación deberá ser presentada:

a) Por el padre y la madre, si el menor es hijo nacido en matrimonio. Si hubiese fallecido uno de los padres, por el progenitor sobreviviente. Deberá acompañarse de originales de certificaciones de las partidas de matrimonio y de defunción del conyuge fallecido.

b) Por la madre, para los hijos no nacidos en matrimonio; si falta ella, por el padre de los menores. Se adjuntará original de certificación de la partida de defunción del fallecido.

c) Por el tutor nombrado legalmente, cuando el menor sea huérfano de padre y madre. Se deberá añadir la resolución judicial correspondiente al nombramiento del representante.

En cualquiera de las situaciones señaladas, se deberá presentar en original la Certificación de las Partidas de Nacimiento de los menores y fotocopia de la cédula de identidad personal de los representantes.

4- Cuando el o los beneficiarios sean incapaces legalmente para ejercer su derecho, el reclamo deberá ser presentado por el curador nombrado judicialmente. Se deberá añadir la resolución correspondiente.

5- Cuando el o varios de los beneficiarios hubieren fallecido, se deberá presentar original de Certificación de la(s) partida(s) de defunción correspondiente (s)

6- Importante:

Se entiende y conviene que las declaraciones contenidas en el formulario son verdaderas, y que las pruebas presentadas del fallecimiento pueden ser verificadas a través de las investigaciones que la Compañía considere necesarias para comprobar su autenticidad.

Para que el proceso administrativo de la reclamación no sufra demoras, le rogamos presentar a la mayor brevedad posible todos los documentos solicitados en nuestro formulario 3-1-07.

No es necesaria la intervención de terceras personas para la tramitación del reclamo. Si tiene dificultades, por favor consúltenos, con el mayor de los gustos le indicaremos lo que tiene que hacer para resolver su caso.

Gracias por permitirnos servirle.

SANTA TECLA, LA LIBERTAD, EL SALVADOR, C.A.  
GERENCIA SERVICIO AL CLIENTE SINIESTRO DE PERSONAS

Forma 3-1-1

SISA VIDA S.A.





**DECLARACION DE IDENTIFICACIÓN  
RECLAMO DE SEGURO DE PERSONAS  
CASOS FATALES**

**GERENCIA DE SINIESTROS**

Contratante: \_\_\_\_\_  
Asegurado (Fallecido): \_\_\_\_\_

Para evitar demoras innecesarias en el proceso del reclamo, por favor conteste detalladamente cada pregunta.

**1 - DATOS DEL FALLECIDO:**  
a) Nombre y apellidos completos: \_\_\_\_\_  
b) Dirección de la Residencia: \_\_\_\_\_  
c) Ocupación: \_\_\_\_\_

**2 - DATOS DE LA MUERTE:**  
a) Día (De la semana), Hora y Fecha: \_\_\_\_\_  
b) ¿Como Falleció?: \_\_\_\_\_  
c) ¿Que enfermedad le ocasiono la muerte? \_\_\_\_\_  
¿Cuanto tiempo padeció dicha enfermedad? \_\_\_\_\_  
d) Nombre y Dirección de los médicos que le atendieron: \_\_\_\_\_

**3 - DATOS DE IDENTIFICACION:**  
a) ¿Desde cuando lo conocia usted? \_\_\_\_\_  
b) ¿Vio usted el cadáver? SI NO ¿Era el de la persona indicada por usted como fallecida?: \_\_\_\_\_  
c) ¿En qué cementerio y cuando fue enterrado? \_\_\_\_\_

Declaro, bajo la gravedad del juramento, que las anteriores respuestas son verdaderas y que no tengo ningún interés económico en el pago del reclamo.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ f: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
C.I.P. No.: \_\_\_\_\_

Este formulario deberá ser completado por una persona mayor de edad, que haya conocido ampliamente al fallecido, que no tenga interés económico en el pago del siniestro y que haya visto el cuerpo del occiso.

Forma 3-1-4 **SISA VIDA S.A.**



## BITÁCORA DE ACTUALIZACIÓN

### DEPARTAMENTO DE SEGUROS

PROCEDIMIENTO	FECHA DE ACTUALIZACIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
○ RECLAMOS DE DAÑOS A BIENES PROPIEDAD DE INPEP	08/12/2021	
○ RECLAMOS DE DAÑOS A VIVIENDAS	08/12/2021	
○ RECLAMO MÉDICO	08/12/2021	
○ RECLAMO DE DEUDA	08/12/2021	
○ INSCRIPCIONES, MODIFICACIONES Y EXCLUSIONES DE EMPLEADOS Y FUNCIONARIOS EN PÓLIZAS DE INPEP		08/12/2021

El manual de procedimientos entrará en vigencia el trece de diciembre de dos mil veintiuno.

