

FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES RAMO RIESGOS LABORALES

AV10 Las reclamaciones de incapacidades temporales prescriben en el término de **(3) años, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad**

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Tipos de documentos: Nit (NI) - Cédula Ciudadanía (CC) - Cédula Extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - Permiso protección temporal (PT) - Permiso especial permanencia (PE) - Tarjeta identidad (TI) - Registro civil (RC) - Carnet diplomático (CD) - Salvoconducto (SC)				
Nombre del solicitante (Empresa/Trabajador)		Tipo y número de documento		Tipo de solicitante
				Empleador <input type="radio"/> Trabajador Vinculado <input type="radio"/> Trabajador Desvinculado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/>
Dirección del solicitante	Departamento	Municipio	Teléfono	Correo electrónico

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA Tipos de documentos: Nit (NI) - Cédula Ciudadanía (CC) - Cédula de Extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - Permiso por protección temporal (PT) - Permiso Especial de Permanencia (PE) - Carnet diplomático (CD) - Salvoconducto (SC)		
Razón social o nombre	Tipo y número de documento	Tipo de reconocimiento
		Cobro Directo <input type="radio"/> Descuento por Autoliquidación <input type="radio"/>

Señor Usuario recuerde que si su información bancaria esta errada su trámite de pago tomará tiempo adicional.

3. INFORMACIÓN BANCARIA		
Nombre de la Entidad Bancaria	Número de: Cuenta Corriente <input type="radio"/> Cuenta de Ahorros <input type="radio"/>	Titular de la Cuenta

4. DATOS DEL INCAPACITADO					5. DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ						
TIPO	DOCUMENTO	APELLIDOS	NOMBRES	FECHA SINIESTRO			DIAS	APRENDIZ SENA	Tipos de documentos: NI - CC - CE - CD - PE - PT - PA - SC		
				DD	MM	AAAA			TIPO	DOCUMENTO	DV
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

Firma

Nombre: _____

No. Cédula: _____

1. **Información del Solicitante:** datos de quien solicita el reconocimiento de la incapacidad. Tenga en cuenta, para tipo de solicitante que:
 - » Empleador: cuando el solicitante es la empresa.
 - » Trabajador vinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien recibe autorización del empleador para solicitar el reconocimiento.
 - » Trabajador desvinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien al momento de la radicación se encuentra desvinculado laboralmente con la empresa que reporto el evento.
 - » Trabajador independiente: se entendera como trabajador independiente el que labora por cuenta propia esto es sin vínculo laboral.
 - » Dirección del solicitante: se refiere a los datos de ubicación del solicitante.
2. **Datos de la empresa:** diligenciar unicamente cuando el solicitante es trabajador vinculado-desvinculado
 - » Tipo de Reconocimiento: marque con una "X" según el caso:
 - » Cobro directo: cuando el solicitante requiere que el reconocimiento de las incapacidades se consigne a una cuenta bancaria.
 - » Descuento por autoliquidación: cuando el solicitante requiere autorización por parte de Positiva para descontar el valor de las incapacidades del aporte mensual (tipo de reconocimiento exclusivo para empresas).
3. **Información Bancaria:** se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de cuenta. EL TITULAR de la cuenta debe ser el mismo solicitante.
4. **Datos del Incapacitado:** información del trabajador objeto del accidente:
 - » Tipo de documento: Cédula ciudadanía (CC) - Cédula extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - Permiso protección temporal (PT) - Permiso especial permanencia (PE) - Tarjeta identidad (TI) - Registro civil (RC) - Carnet diplomático (CD) - Salvoconducto (SC)

- » Documento: Escriba el número del documento del trabajador.
- » Apellidos y Nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador.
- » Fecha de Siniestro: escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden (día, mes, año)
- » Días de incapacidad: escriba el número de días autorizados en la consulta medica.
- » Aprendiz Sena: marque con una "X" si el accidentado es estudiante o aprendiz.

5. **Datos de la empresa con que se accidentó:** campo exclusivo para casos en los cuales el trabajador accidentado tiene vínculo laboral con empresa diferente a la que reporto el accidente. El solicitante puede ser empresa o el trabajador.

Datos Sensibles: Declaro que he sido informado (a) que lo siguiente es considerado como Datos Sensibles: la información relativa al estado de salud e historia clínica, patologías reconocidas, calificación de origen y/o pérdida de capacidad laboral de eventos, antecedentes médicos, antecedentes gineco - obstétricos, datos biométricos y relativos a la vida sexual, y todos aquellos que, de acuerdo a la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo a lo anterior, informo que he otorgado mi autorización voluntaria para que Positiva Compañía de Seguros S.A. pueda realizar el Tratamiento de mis datos sensibles, ahora o en el futuro, y los que hubieran sido tratados en el pasado. Así mismo, autorizo a Positiva Compañía de Seguros S.A. para la solicitud y consulta de historias clínicas y registros médicos que sean necesarios para este trámite.

AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES

¿Exenta del pago de aportes en salud? Si
No