

Formulario para solicitud de reembolsos

Persona Natural



Nit. 860.011.153-6

Artículo 22. Ley 1562 de 2012: Prescripción. Las mesadas pensionales y las demás prestaciones (reembolsos) establecidas en el Sistema General de Riesgos Profesionales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho.

1. Datos del afiliado

|                                                                                                                                                             |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|-----|
| Tipo de documento                                                                                                                                           |  | Número de documento | Tipo siniestro                                                                   | Fecha         |     |     |
| <input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> P.A <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> P.E <input type="radio"/> P.T |  |                     | <input type="radio"/> Accidente laboral <input type="radio"/> Enfermedad laboral | Día           | Mes | Año |
| Nombres y apellidos                                                                                                                                         |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
|                                                                                                                                                             |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
| Dirección de notificación                                                                                                                                   |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
|                                                                                                                                                             |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
| Ciudad                                                                                                                                                      |  |                     | Deparatamento                                                                    |               |     |     |
|                                                                                                                                                             |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
| Correo electrónico                                                                                                                                          |  | Celular             |                                                                                  | Teléfono fijo |     |     |
|                                                                                                                                                             |  |                     |                                                                                  |               |     |     |
| Valor presentado                                                                                                                                            |  |                     | Valor en letras                                                                  |               |     |     |
|                                                                                                                                                             |  |                     |                                                                                  |               |     |     |

2. Motivo del cobro

Escriba aquí el motivo

3. Información bancaria para el pago

Tipo de cuenta

☐ Cuenta de ahorro

☐ Cuenta corriente

☐ Depósito electrónico

Banco

No. de Cuenta

4. Anexos presentados

5. Autorización para el tratamiento de datos sensibles

**DATOS SENSIBLES:** Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, mis datos sensibles y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES

☐

6. Firma del solicitante

Firma del solicitante

C.C.

Declaro bajo juramento que los datos incluidos en el presente documento son los que corresponden a la información que ha sido suministrada