

Ciudad	Fecha (DDMMAAA)	Punto de atención	
Manifestación			
Felicitación <input type="radio"/> Derecho de petición <input type="radio"/> Sugerencia <input type="radio"/> Solicitud <input type="radio"/> Queja <input type="radio"/> Reclamo <input type="radio"/>			
Prestaciones asistenciales <input type="radio"/> Origen Accidente <input type="radio"/> Origen Enfermedad <input type="radio"/> Autorización médica <input type="radio"/> Juntas de Calificación <input type="radio"/> Enfermedad Laboral <input type="radio"/> Pérdida de Capacidad Laboral <input type="radio"/> Traslado cita médica <input type="radio"/> Pruebas <input type="radio"/> Rehabilitación <input type="radio"/> Atención Proveedores <input type="radio"/> Copias Expediente	Proceso indemnizaciones <input type="radio"/> Pensión de Invalidez <input type="radio"/> Pensión Sobreviviente <input type="radio"/> Pensión Sustituta <input type="radio"/> Incapacidades <input type="radio"/> Indemnización IPP <input type="radio"/> Proceso Reconocimiento Vida <input type="radio"/> Reembolsos <input type="radio"/> Recobros otra ARL <input type="radio"/> Cuentas Médicas	Administración pensiones <input type="radio"/> Actualización datos pensionado <input type="radio"/> Certificación Pensionado <input type="radio"/> Acrecimiento mesada Pólizas de vida <input type="radio"/> Mantenimiento Póliza <input type="radio"/> Cancelación Póliza <input type="radio"/> Paz y Salvo <input type="radio"/> Renovación	Proceso afiliaciones <input type="radio"/> Afiliación <input type="radio"/> Certificación <input type="radio"/> Inactivación afiliado <input type="radio"/> Póliza <input type="radio"/> Portal transaccional <input type="radio"/> Actualización <input type="radio"/> Correcciones <input type="radio"/> Cambio de Riesgo <input type="radio"/> Normalizaciones
Proceso de promoción y prevención <input type="radio"/> Asesoría <input type="radio"/> Certificación: Accidentabilidad/horas extras <input type="radio"/> Solicitud Gestor <input type="radio"/> Estudio/Análisis Puesto de Trabajo <input type="radio"/> Investigación Accidente de Trabajo		Proceso recaudo y cartera <input type="radio"/> Estado de Cuenta <input type="radio"/> Cartera <input type="radio"/> Correcciones <input type="radio"/> Devoluciones <input type="radio"/> Certificación <input type="radio"/> Pago Aportes <input type="radio"/> Paz y salvos	
<input type="radio"/> Solicitud de clave de intermediarios ARL <input type="radio"/> Reclasificación de Empresas <input type="radio"/> Solicitud de material POP ARL <input type="radio"/> Asistencia Médica en el Exterior		Otros procesos <input type="radio"/> ¿Cuál? <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	

1. INFORMACIÓN DEL REMITENTE

Documento C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> NIT <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>	Nombre completo

2. DATOS DEL AFECTADO

Documento C.C <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> OTRO <input type="radio"/>	Nombre completo	Sexo	¿Pertenece a la comunidad LGBTQI+?
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
Condición especial	Si marcó SI elija tipo de condición especial		
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	Visual <input type="radio"/> Auditiva <input type="radio"/> Cognitiva <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Talla baja <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> ¿Cuál?		

3. MEDIOS DE CONTACTO Y ENVÍO DE RESPUESTA

Dirección de contacto				País	
Departamento	Municipio/Ciudad	Barrio	Teléfono móvil	Teléfono fijo	
Correo electrónico			Medio por el que desea recibir respuesta		
			Correo electrónico <input type="radio"/> Dirección de correspondencia <input type="radio"/>		

Descripción de PQRD

Yo, _____, mayor de edad, domiciliado en la ciudad de _____, identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____, con domicilio principal en la ciudad de _____, (de ahora en adelante el "Titular"), actuando en nombre propio y habiendo sido informado del presente documento, y declarando haberlo leído en su totalidad, otorgo, mediante la suscripción del presente documento, mi consentimiento previo, expreso e informado a Positiva Compañía de Seguros S.A. ("Positiva") para que recolecte, utilice, circule, almacene, transfiera, transmita, suprima, o realice cualquier operación sobre mi información personal (los "Datos Personales"), para las siguientes finalidades descritas en nuestra Política de Protección de datos personales que podrá ser consultada en la página web www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeas-data/Paginas/Politica-informacion.aspx Entiendo y acepto que he sido informado de que podré ejercer en todo momento frente a Positiva mis derechos de habeas data, interponiendo una solicitud o reclamo al correo electrónico servicioalcliente@positiva.gov.co, de acuerdo con las Políticas de Tratamiento de la Información de Positiva.

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 con la normatividad vigente, se encuentren clasificados como tal. De acuerdo con 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.

¿Anexa folios?	¿Anexa medios magnéticos?
SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
¿Cuántos? <input style="width: 30px;" type="text"/>	
Firma del cliente	

 AUTORIZO EL MANEJO DE DATOS SENSIBLES