

<b>Proceso:</b> GESTIÓN DE SINIESTRO	<b>Código</b> MIS_5_4_4_FR11	<b>Versión</b> 4	<b>Clasificación</b> Pública Clasificada	<b>Fecha</b> 6 de marzo de 2024
<b>Formato:</b> FORMULARIO PARA SOUCITUD DE REEMBOLSOS PERSONA NATURAL				
<b>Aprobó:</b> Sonia Esperanza Benítez Garzón - Gerente de Indemnizaciones		<b>Revisó:</b> Andrea P. Herrera Hoyos		<b>Elaboró:</b> Andrea P. Herrera Hoyos

**DATOS DEL AFILIADO**

Tipo de Documento	Número de documento	Tipo siniestro		Fecha
CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> PT <input type="radio"/>		<input type="radio"/> Accidente laboral	<input type="radio"/> Enfermedad laboral	DD/MM/AAAA
Nombres	Apellidos	Dirección de notificación		
Ciudad	Departamento	Correo electrónico		
Valor presentado	Valor en letras	Celular	Teléfono Fijo	

CC (cedula de ciudadanía) –CE (Cedula de extranjería)– PA (pasaporte)-TI (tarjeta de identidad)-RC (registro civil)-PE (permiso especial de permanencia)-PT (permiso de protección temporal)

**MOTIVO DEL COBRO**

--

**INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO**

Banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta

**ANEXOS PRESENTADOS**

--

Firma del Solicitante

No. Documento del Solicitante

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE HA SIDO SUMINISTRADA

**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