

## FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO EMPLEADOR

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.

Espacio para timbre

Para el trámite de su solicitud debe diligenciar la totalidad de los campos de este formato

### I. DATOS DE LA EMPRESA

|   |                        |                           |
|---|------------------------|---------------------------|
| Tipo de Documento<br>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"/> | Número de documento    | Razón Social              |
| Valor presentado  | Valor en letras        | Dirección de notificación |
| Cuenta de cobro N°  | No afiliados incluidos | Numero telefónico         |

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)

### II. DATOS DEL LOS AFILIADOS

| No | Nombres | Apellidos | Tipo ID | N. Identificación | Fecha siniestro | Valor |
|----|---------|-----------|---------|-------------------|-----------------|-------|
| 1  |         |           |         |                   |                 |       |
| 2  |         |           |         |                   |                 |       |
| 3  |         |           |         |                   |                 |       |
| 4  |         |           |         |                   |                 |       |
| 5  |         |           |         |                   |                 |       |
| 6  |         |           |         |                   |                 |       |
| 7  |         |           |         |                   |                 |       |
| 8  |         |           |         |                   |                 |       |
| 9  |         |           |         |                   |                 |       |
| 10 |         |           |         |                   |                 |       |

### III. MOTIVO DEL COBRO

Asistencia médica   
  Atención domiciliaria   
  Rehabilitación   
  Prótesis y órtesis   
  Otro  
 Servicios odontológicos   
  Imágenes diagnósticas   
  Medicamentos   
  Traslados   
 ¿Cuál?

### IV. INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO

|       |   |                  |
|-------|---|------------------|
| Banco | Tipo de cuenta<br>Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> | Número de cuenta |
|-------|---|------------------|

### V. ANEXOS

Cuenta de cobro   
  Certificación cuenta bancaria   
  Otro ¿Cuál?

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

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DOCUMENTO SOLICITANTE

#### INDICACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

##### 1. DATOS DE LA EMPRESA

Tipo ID: diligenciar el tipo de documento de la empresa

No identificación: número del documento de la empresa

Razón social: nombre la razón social de la empresa

Valor presentado: describa el valor presentado total de todos los afiliados registrados en la cuenta de cobro.

Valor en letras: describa el valor presentado en letras.

Dirección de notificación: dirección de la empresa.

Cuenta de cobro: número consecutivo de la cuenta de cobro.

No. afiliados incluidos: describa cuantos afiliados incluye en la cuenta de cobro.

Número telefónico: número telefónico de la empresa

##### 2. DATOS DEL LOS AFILIADOS

Nombres y apellidos: nombres y apellidos completos de los afiliados.

Tipo-No. identificación: tipo y número del documento del afiliado.

Fecha siniestro: fecha del siniestro del afiliado.

Valor: valor a cobrar por el servicio del afiliado individual.

##### 3. MOTIVO DEL COBRO

Seleccione con una x el motivo del cobro (servicio médico al que asistió).

##### 4. INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO

Banco: nombre del banco en el que tiene su cuenta bancaria.

Sucursal: sucursal del banco.

Tipo de cuenta: qué tipo de cuenta es (ahorro, corriente, ect).

Número decuenta: registrar número de cuenta bancaria.

##### 5. ANEXOS

Diligenciar hoja anexa a este formato seleccionando con una X.

**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 MIS DATOS SENSIBLES