

**FORMATO DE SOLICITUD DE
 AUXILIOS FUNERARIOS**

Sello de Radicado

Las reclamaciones de auxilios funerarios prescriben en el término de (3) años, contados a partir de la fecha de fallecimiento del pensionado o a partir de la fecha de la notificación del dictamen de la determinación del origen en firme del afiliado fallecido.

AV07

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Tipo de documento	NIT <input type="radio"/>	C.C <input type="radio"/>	C.E <input type="radio"/>	P.A <input type="radio"/>	Nombres y apellidos
DV					
Nombre del Banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Titular de la cuenta		
	Ahorro <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>				

2. INFORMACIÓN DEL FALLECIDO								
Tipo de documento	C.C <input type="radio"/>	T.I <input type="radio"/>	C.E <input type="radio"/>	P.A <input type="radio"/>	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Situación del fallecimiento								
Pensionado <input type="radio"/>					Afiliado <input type="radio"/>			

3. INFORMACIÓN DE CONTACTO				
Departamento	Municipio	Recibiré notificación en la siguiente dirección	Teléfono	Correo electrónico

Firma

DILIGENCIAMIENTO

- 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- 2: INFORMACIÓN DEL FALLECIDO: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- 3: INFORMACIÓN DE CONTACTO: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.

La notificación de la devolución, objeción o pago de su solicitud se realizará al correo electrónico reportado por ud. y a través de correo electrónico (por correo electrónico certificado para los casos de objeciones únicamente)

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, autorizó 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