

FORMULARIO DE RADICACIÓN DE INCAPACIDADES TEMPORALES RAMO RIESGOS LABORALES

AV09

Las reclamaciones de incapacidades temporales prescriben en el término de
 (3) años, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad

| 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE | | | | |
|---|--------------|-----------|--|--------------------|
| Nombre del solicitante (Empresa/Trabajador) | | | Tipo de doc: NIT <input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> P.A <input type="radio"/> C.D <input type="radio"/> P.E <input type="radio"/> | |
| | | | Tipo de solicitante Empleador <input type="radio"/> Trabajador Vinculado <input type="radio"/> Trabajador Desvinculado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> | |
| Dirección del solicitante | Departamento | Municipio | Teléfono | Correo electrónico |
| | | | | |

| 2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA | |
|------------------------------|--|
| Razón Social o Nombre | Tipo de documento: NIT <input type="radio"/> C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> P.A <input type="radio"/> C.D <input type="radio"/> P.E <input type="radio"/> |
| | Tipo de reconocimiento Cobro Directo <input type="radio"/> Descuento por Autoliquidación <input type="radio"/> |

Señor Usuario recuerde que si su información bancaria esta errada su trámite de pago tomará tiempo adicional.

| 3. INFORMACIÓN BANCARIA | | |
|-------------------------------|---|----------------------|
| Nombre de la Entidad Bancaria | Número de: Cuenta Corriente <input type="radio"/> Cuenta de Ahorros <input type="radio"/> | Titular de la Cuenta |
| | | |

| 4. DATOS DEL INCAPACITADO | | | | 5. DATOS DE LA EMPRESA CON LA QUE SE ACCIDENTÓ | | | | | | | |
|---------------------------|-----------|-----------|---------|--|----|------|------|---------------|--|-----------|----|
| TIPO | DOCUMENTO | APELLIDOS | NOMBRES | FECHA SINIESTRO | | | DIAS | APRENDIZ SENA | Tipos de documentos permitidos NIT - CC - CE | | |
| | | | | DD | MM | AAAA | | | TIPO | DOCUMENTO | DV |
| 1. | | | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | | | | |

| | |
|-------------------|--|
| Firma | |
| Nombre: _____ | |
| No. Cédula: _____ | |

- Información del Solicitante:** datos de quien solicita el reconocimiento de la incapacidad. Tenga en cuenta, para tipo de solicitante que:
 - » Empleador: cuando el solicitante es la empresa.
 - » Trabajador vinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien recibe autorización del empleador para solicitar el reconocimiento.
 - » Trabajador desvinculado: cuando el solicitante es el trabajador quien al momento de la radicación se encuentra desvinculado laboralmente con la empresa que reporto el evento.
 - » Trabajador independiente: se entendera como trabajador independiente el que labora por cuenta propia esto es sin vínculo laboral.
 - » Dirección del solicitante: se refiere a los datos de ubicación del solicitante.
- Datos de la empresa:** diligenciar únicamente cuando el solicitante es trabajador vinculado-desvinculado
 - » Tipo de Reconocimiento: marque con una "X" según el caso:
 - » Cobro directo: cuando el solicitante requiere que el reconocimiento de las incapacidades se consigne a una cuenta bancaria.
 - » Descuento por autoliquidación: cuando el solicitante requiere autorización por parte de Positiva para descontar el valor de las incapacidades del aporte mensual (tipo de reconocimiento exclusivo para empresas).
- Información Bancaria:** se debe diligenciar el nombre de la entidad financiera, el número y tipo de cuenta. EL TITULAR de la cuenta debe ser el mismo solicitante.
- Datos del Incapacitado:** información del trabajador objeto del accidente:
 - » Tipo de documento: C= Cédula de ciudadanía; E= Cédula de extranjería; T= Tarjeta de identidad; P=Pasaporte; D=Carné diplomático; M=Permiso Especial de Permanencia

- » Documento: Escriba el número del documento del trabajador.
- » Apellidos y Nombres: especifique los apellidos y nombres del trabajador.
- » Fecha de Siniestro: escriba la fecha en que ocurrió el accidente de trabajo en el orden (día, mes, año)
- » Días de incapacidad: escriba el número de días autorizados en la consulta medica.
- » Aprendiz SENA: marque con una "X" si el accidentado es estudiante o aprendiz.

- Datos de la empresa con que se accidentó:** campo exclusivo para casos en los cuales el trabajador accidentado tiene vínculo laboral con empresa diferente a la que reporto el accidente. El solicitante puede ser empresa o el trabajador.

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

¿Excenta del pago de aportes en salud? Si ☐ No ☐