

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="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E <input type="checkbox"/>						Tipo de solicitante			
								Empleador <input type="checkbox"/>	Trabajador Vinculado <input type="checkbox"/>	Trabajador Desvinculado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
Dirección del solicitante	Departamento	Municipio	Teléfono	Correo electrónico							

2. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Razón Social o Nombre	Tipo de documento NIT <input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> T.I <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/> P.A. <input type="checkbox"/> C.D. <input type="checkbox"/> P.E <input type="checkbox"/>	Tipo de reconocimiento Cobro Directo <input type="checkbox"/> Descuento por Autoliquidación <input type="checkbox"/>
		DV <input type="checkbox"/>

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="checkbox"/> Cuenta de Ahorros <input type="checkbox"/>	Titular de la Cuenta

4. DATOS DEL INCAPACITADO

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

- 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 reportó el evento.
 » Trabajador independiente: se entenderá 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 médica.
- » 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 reportó 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 y 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 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.

Firma

Nombre:

No. Cédula: