



FORMATO DE SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL (IPP)

**Las reclamaciones de indemnizaciones por IPP
prescriben en el término de (3) años, contados a partir de la
fecha de notificación del dictamen de la pérdida de
capacidad laboral en firme.**

AV08

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Tipo de solicitante			Tipo de documento	C.C	C.E	P.A	T.I	C.D	P.E	Tarjeta Profesional	
Siniestrado Apoderado Representante legal											
Nombres						Apellidos					

2. INFORMACIÓN DE SINIESTRADO

Type de documento	C.C	C.E	P.A	T.I	C.D	P.E	Nombres	Apellidos

3. DATOS DE LA CALIFICACIÓN

Dictamen en firme proferido por:	Fecha del dictamen (DD/MM/AAAA)	PCL	Tipo de siniestro	Fecha del siniestro (DD/MM/AAAA)	Fecha de Estructuración PCL (DD/MM/AAAA)
Positiva JRC JNC		%	AT EP		

4. INFORMACIÓN BANCARIA

Nombre del Banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Titular de la cuenta
	Ahorro Corriente		

5. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Departamento	Municipio	Recibiré notificación en la siguiente dirección	Teléfono	Correo electrónico

Firma

DILIGENCIAMIENTO

- Información del solicitante: Datos de quien solicita el reconocimiento de la indemnización por incapacidad permanente parcial. Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento. Tenga en cuenta para tipo de solicitante debe seleccionar una de las tres opciones. El campo correspondiente a apoderado solo es diligenciado cuando sea un apoderado judicial.
- Información del siniestrado: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- Datos de la calificación: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- Información bancaria: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- Información de contacto: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.

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

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)