

**FORMATO DE SOLICITUD DE PENSIÓN**

Las mesadas pensionales prescriben en el término de (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho

Sello de Radicado

**1. TIPO DE RECONOCIMIENTO**

 Pensión de Invalidez       Pensión de Sobrevivientes       Sustitución Pensional 
**AV07**
**2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

<b>Nombres del solicitante</b>		<b>Apellidos del Solicitante</b>			
<b>Tipo de solicitante</b>		<b>Tipo de Documento</b>		<b>Tarjeta profesional</b>	
Beneficiario <input type="radio"/> Siniestrado <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Representante Legal / Curador <input type="radio"/>		C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> P.A <input type="radio"/>			

**3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRADO**

<b>Nombres del Siniestrado</b>		<b>Apellidos del Siniestrado</b>			<b>Tipo de Documento</b>		<b>Fecha Fallecimiento (DD/MM/AAAA)</b>	
					C.C <input type="radio"/> T.I <input type="radio"/> C.E <input type="radio"/> P.A <input type="radio"/>			

**4. DATOS DE LA CALIFICACIÓN**

<b>Dictamen proferido en firme por:</b>		<b>Fecha del Dictamen (DD/MM/AAAA)</b>		<b>Fecha del Siniestro (DD/MM/AAAA)</b>		<b>Fecha de Estructuración (DD/MM/AAAA)</b>		<b>Tipo de siniestro</b>		<b>PCL</b>	
POSITIVA <input type="radio"/> J.R.C <input type="radio"/> J.N.C <input type="radio"/>								AT <input type="radio"/> EP <input type="radio"/>		%	

**5. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS:**

TIPOS DE DOCUMENTO PERMITIDOS: Cédula Ciudadanía (CC) - Cedula de Extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - Tarjeta de Identidad (TI) - Registro Civil (RC)

CATALOGACIÓN DEL PARENTESCO: Ascendente, Padres (A) - Esposa (E) - Compañera (C) - Hijo (H) - Hijo inválido (HI) - Hijo mayor de edad estudiante (HE) - Hermanos invalidos (R)

TIPO DOC	No. DOCUMENTO	NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	CONDICIÓN	FECHA NACIMIENTO			EPS
						DD	MM	AAAA	
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

**6. INFORMACIÓN DE CONTACTO**

<b>Recibiré notificación en la siguiente dirección</b>	<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>

Firma

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

No. Cédula: \_\_\_\_\_

1. Tipo de Reconocimiento. Solo se permite una opción para cada solicitud, Pensión de Invalidez, Pensión de Sobrevivientes y Sustitución Pensional.
2. Estas casillas son obligatorias. Deben ingresarse los datos del nombre y tipo de documento correspondiente a la persona que hace formalmente la solicitud, puede ser el Beneficiario (para sobreviviente o sustitución pensional) / Siniestrado (para pensión de invalidez-Apoderado-Representante legal/curador. Si se trata de Representante Legal debe marcar la casilla correspondiente - Si es apoderado Judicial debe indicar adicional a su documento de identidad el número de su tarjeta profesional caso para el cual debe aportar copia del documento de identidad, tarjeta profesional y poder autenticado ante notaría pública.
3. Estos campos son obligatorios. SINIESTRADO corresponde al trabajador que ha sufrido un siniestro y queda inválido o fallece como consecuencia de un accidente de trabajo o una enfermedad calificada de origen profesional. PENSIONADO FALLECIDO: corresponden al pensionado de invalidez de origen profesional que fallece por cualquier causa.
4. Correspondientes a datos de la calificación deben ser diligenciados de acuerdo al tipo de reconocimiento marcado.
5. Diligenciar para indicar los beneficiarios para cualquiera de los tres tipos de radicación. En caso de no tener beneficiarios debe anexar la carta manifestando expresamente que no los tiene. Los campos

de registro son obligatorios. Se dejarán 5 beneficiarios por formato, en caso de superar esta cantidad se debe diligenciar un nuevo formato como anexo.

Información de contacto, debe diligenciar todos los campos

**6. OBSERVACIÓN: Para todos los casos se entenderá que con la firma del presente formato de solicitud se esta haciendo aceptación expresa del dictamen medico laboral que califico tanto el origen del siniestro como la perdida de capacidad laboral en los casos de pensión de invalidez.**

**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, 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

Fecha: 2017/09/22 MIS\_5\_4\_5\_FR06 -

Versión: 03