

TIPO DE AMPARO A RECLAMAR (Debe seleccionar al menos una opción)

- Muerte Incapacidad total y permanente Enfermedades graves Renta diaria por hospitalización
 Gastos médicos por complicaciones en cirugía Gastos médicos Desmembración Incapacidad temporal
 Exequias Desempleo Auxilio ¿Cuál?

Código: MIS_5_4_4_FR50 - Versión: 2 - 16 Sep 2019

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA RECLAMACIÓN

Documento	C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	P.A. <input type="radio"/>	N.I.T. <input type="radio"/>	P.E.S. <input type="radio"/>	Sexo	Correo electrónico
<input type="text"/>						F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Primer nombre	Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Departamento	Ciudad	Dirección		Teléfono móvil	Fecha de nacimiento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		

2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SINIESTRADA

Documento	C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	P.A. <input type="radio"/>	N.I.T. <input type="radio"/>	P.E.S. <input type="radio"/>	R.C. <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	Sexo	Correo electrónico
<input type="text"/>								F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Primer nombre	Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		Fecha de nacimiento		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha del siniestro	Hora del siniestro	Nombre del tomador		Ciudad de ocurrencia del siniestro	Número de póliza
<input type="text"/>	AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Médico Cirujano (Si marcó: Gastos médicos por complicaciones en cirugía)			Especialidad (Si marcó: Gastos médicos por complicaciones en cirugía)	Nombre de la IPS (Si marcó: Gastos médicos por complicaciones en cirugía)	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Descripción de los hechos					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

4. INFORMACIÓN PARA PAGO - Solo seleccione una opción para el pago

¿Tiene cuenta bancaria?	Número de cuenta bancaria	Tipo de cuenta	Nombre del banco
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	<input type="text"/>	Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	<input type="text"/>
Giro bancario SOLO SI NO TIENE CUENTA <input type="radio"/>	Departamento	Ciudad/Municipio	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Positiva Compañía de Seguros podrá exigir cualquier otra prueba o documento que estime conveniente y guarde relación con la reclamación.

La documentación aportada entrará en estudio lo cual no implica su aprobación, en caso de que se presente ilegibilidad o inconsistencia, se procederá con la notificación a los datos de contacto reportados en esta solicitud.

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 PERSONALES Y SENSIBLES

Firma del reclamante

DOCUMENTOS REQUERIDOS

MUERTE Y AUXILIO FUNERARIO

Copia del documento de identidad del asegurado
Copia registro civil de defunción del asegurado
Copia del documento de identidad de los beneficiarios.
Documento(s) que demuestre(n) la calidad de beneficiarios de ley.
Documento que demuestre causa de la muerte (*Historia clínica y/o protocolo de necropsia*)
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante (*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)
Acta del levantamiento del cadáver o autopsia o certificación de fiscalía.
Copia del protocolo de necropsia
En accidente de tránsito: croquis del accidente, resultado de alcoholemia (*En los casos que apliquen*)

GASTOS MÉDICOS

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa de la hospitalización
Facturas originales debidamente canceladas que cumplan con los requisitos exigidos por la DIAN
Soporte de la prescripción médica
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa de la hospitalización
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE E INVALIDEZ ACCIDENTAL Y/O DESMEMBRACIÓN

Copia del documento de identidad del asegurado.
Historia clínica o concepto del médico tratante.
Dictamen de calificación de la pérdida de capacidad laboral que cumpla con los requisitos del manual único de calificación de invalidez
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)
Dictamen e historia clínica completa, incluyendo para clínicos que demuestren el nivel de desmembración
Orden de hospitalización del médico tratante.

INCAPACIDAD TEMPORAL

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica o concepto del médico tratante.
Certificado de la entidad promotora de salud "EPS" donde conste el número de días de la incapacidad concedida
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

RECLAMACIÓN POR REMBOLSO SALUD APLICA SOLO PERSONAS NATURALES

Opción 1. Reclamación directa del asegurado

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa relacionada con la complicación
Factura de la IPS con soportes de servicios y de honorarios médicos debidamente cancelados, donde registre datos de la persona que asumió el gasto
Factura de exámenes y medicamentos cancelados con la respectiva orden médica
En caso de que la reclamación sea enviada desde el exterior, se requiere que los documentos se encuentren apostillados y con traducción oficial al idioma español, de conformidad con lo establecido en la resolución no. 7144 del 20 de octubre de 2014 del ministerio de relaciones exteriores
Si la persona que solicita el reembolso no es el asegurado, se deberá aportar autorización donde el asegurado manifieste a quien deberá reconocerse el reembolso
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

Opción 2. Reclamación por médico tratante

Copia del documento de identidad del asegurado
Historia clínica completa relacionada con la complicación
Factura de la IPS con soportes de servicios y de honorarios médicos debidamente cancelados, donde registre datos de la persona que asumió el gasto
Copia del documento de identidad del medico reclamante
Factura de exámenes y medicamentos cancelados con la respectiva orden médica
En caso de que la reclamación sea enviada desde el exterior, se requiere que los documentos se encuentren apostillados y con traducción oficial al idioma español, de conformidad con lo establecido en la resolución no. 7144 del 20 de octubre de 2014 del ministerio de relaciones exteriores
Si la persona que solicita el reembolso no es el asegurado, se deberá aportar autorización donde el asegurado manifieste a quien deberá reconocerse el reembolso
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

AUXILIO EDUCATIVO POR MUERTE DE LOS PADRES

Copia del documento de identidad del asegurado
Registro civil de defunción del padre y/o madre
Registro civil del asegurado
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

AUXILIO DE RENTA MENSUAL POR MUERTE DE LOS CONYUGE DEL ESTUDIANTE O DE UNO DE LOS PADRES

Copia del documento de identidad del reclamante
Registro civil de defunción del padre o madre
Registro civil del asegurado
Documento que certifique unión marital
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

AUXILIO DE MATERNIDAD

Copia del documento de identidad del asegurado
Registro civil de nacimiento del hijo
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

DESEMPLEO

Fotocopia de la cédula del asegurado.
Copia de la resolución o carta de despido mediante la cual se le notifica la desvinculación con la entidad.
Copia del contrato
Extracto del banco en donde se evidencie la cuota mensual de la deuda.
Declaración extra juicio en donde indique que se encuentra desempleado, dicha declaración deberá ser aportada mensualmente.
Certificación bancaria donde se evidencie número y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

Opción 1 - despido sin justa causa

Liquidación de las prestaciones sociales, en donde conste que la indemnización por despido sin justa causa cumple, con lo estipulado en la legislación laboral colombiana.

Opción 2 - retiro por mutuo acuerdo

Liquidación de prestaciones sociales, en donde conste que existe una bonificación de mera liberalidad por parte del empleador que debe ser igual o superior al setenta y cinco por ciento (75%) de la indemnización que le hubiera correspondido si el despido hubiese sido sin justa causa
Acta de conciliación ante autoridad competente

Debe diligenciar los campos completos en el formato, es importante que registre el número telefónico del celular y/o correo electrónico ya que por este medio se realizará la notificación.