

**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.

AV09

Sello de Radicado

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE TIPOS DE DOCUMENTO PERMITIDOS: Cédula Ciudadanía (CC) - Cédula de extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - PT: permiso por protección temporal - Permiso especial de permanencia (PE) - Tarjeta identidad (TI) - Carnet diplomático (CD) - Salvoconducto (SC)						
Tipo de solicitante			Tipo y número de documento		Tarjeta Profesional	
Siniestrado	Apoderado	Representante legal				
Nombres				Apellidos		
2. INFORMACIÓN DE SINIESTRADO TIPOS DE DOCUMENTO PERMITIDOS: Cédula Ciudadanía (CC) - Cédula de extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - PT: permiso por protección temporal - Permiso especial de permanencia (PE) - Tarjeta identidad (TI) - Carnet diplomático (CD) - Salvoconducto (SC)						
Tipo y número de documento		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)
Positiva	JRC	JNC		%	AT EL	
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

<hr/> 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)