

## 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

AV09

Página 1 de 2

### 1. TIPO DE RECONOCIMIENTO

<b>RIESGOS LABORALES</b> Pensión de Invalidez <input type="radio"/> Pensión de Sobrevivientes <input type="radio"/> Sustitución Pensional <input type="radio"/>	<b>CONMUTACIÓN PENSIONAL</b> Sustitución Pensional <input type="radio"/>	<b>RENDA VITALICIA</b> Sustitución Pensional <input type="radio"/>
--	---	---

### 2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

<b>Tipo de solicitante</b> Beneficiario <input type="radio"/> Siniestrado <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Representante Legal/Curador <input type="radio"/>	<b>Tipo, No. Doc.</b> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/> P.T. <input type="radio"/>	<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Tarjeta profesional</b>
<b>Dirección de contacto del solicitante</b>		<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>

### 3. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Tipo, No. Doc.</b> C.C. <input type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> P.A. <input type="radio"/> P.E. <input type="radio"/> P.T. <input type="radio"/>	<b>Fecha Fallecimiento</b> (DD/MM/AAAA)	<b>Fecha Final Última Incapacidad</b> (DD/MM/AAAA)
----------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	---	--	---

**4. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS:** TIPOS DE DOCUMENTO PERMITIDOS: Cédula Ciudadanía (CC) - Cédula de Extranjería (CE) - Pasaporte (PA) - Tarjeta de Identidad (TI) - Registro Civil (RC) - Permiso Especial de Permanencia (PE) - Permiso de protección temporal (PT)  
 CATALOGACIÓN DEL PARENTESCO: Ascendente, Padres (A) - Esposa (E) - Compañera (C) - Hijo (H) - Hijo inválido (HI) - Hijo mayor de edad estudiante (HE) - Hermanos inválidos (R)

<b>1</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento beneficiario</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (DD/MM/AAAA)
		<b>Dirección de contacto del beneficiario</b>			<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>		<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>

<b>2</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento beneficiario</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (DD/MM/AAAA)
		<b>Dirección de contacto del beneficiario</b>			<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>		<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>

<b>3</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento beneficiario</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (DD/MM/AAAA)
		<b>Dirección de contacto del beneficiario</b>			<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>		<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>

<b>4</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento beneficiario</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (DD/MM/AAAA)
		<b>Dirección de contacto del beneficiario</b>			<b>Departamento</b>	<b>Municipio</b>	<b>Teléfono</b>	<b>Teléfono Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>
<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	<b>Tipo doc</b>	<b>No. Documento</b>		<b>Primer nombre</b>		<b>Segundo nombre</b>		<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>

## 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

Página 2 de 2

<b>5</b>	<b>BENEFICIARIO</b>	Tipo doc	No. Documento beneficiario	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Parentesco	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
		Dirección de contacto del beneficiario			Departamento	Municipio	Teléfono	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	<b>REPRESENTANTE LEGAL</b>	Tipo doc	No. Documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido		

Firma

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

No de documento: \_\_\_\_\_

### INSTRUCCIONES DE DILIGENCIAMIENTO

- 1. TIPO DE RECONOCIMIENTO:** Identifique el ramo (riesgos laborales, conmutación pensional o renta vitalicia) al cual pertenece la solicitud que va a realizar y seleccione únicamente un tipo de prestación económica (Pensión de Invalidez, Pensión de Sobrevivientes o Sustitución Pensional) – Obligatoria.
- 2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:** Seleccione el tipo de solicitante que va a realizar la solicitud así; beneficiario aplica para Pensión de sobreviviente o sustitución pensional y debe ser seleccionado por el solicitante que considere es beneficiario de esta prestación; Siniestrado aplica para pensión de Invalidez; Apoderado aplica cuando la solicitud es presentada a través de apoderado judicial; Representante legal/curador cuando no cumpla ninguno de los tipos de solicitante antes mencionados; diligencie los datos de nombres, apellidos, tipo y número de documento del solicitante y datos de contacto dirección, departamento, municipio, teléfono, celular y correo electrónico; únicamente cuando se marque apoderado debe indicar el número de su tarjeta profesional Obligatoria.
- 3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRADO:** Para pensión de sobreviviente o pensión de invalidez debe registrar la información del trabajador que ha sufrido un accidente o una enfermedad calificada de origen laboral y como consecuencia presenta una invalidez mayor al 50% o fallece. Para sustitución pensional, debe registrar la información del PENSIONADO FALLECIDO; el campo FECHA FALLECIMIENTO aplica para el siniestrado o el pensionado que fallece; el campo FECHA ULTIMA INCAPACIDAD: aplica para el siniestrado por invalidez, en este campo deberá registrar el día en que termina la última incapacidad expedida al siniestrado- obligatorio.
- 4. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS:** Registre los datos de los beneficiarios del siniestrado o pensionado fallecido para cualquiera de los tipos de prestación económica seleccionada en el ítem 1. Por favor tener en cuenta:
  - Todos los campos son obligatorios
  - Tenga en cuenta los tipos de documentos permitidos y catalogación del parentesco
  - La información de contacto debe corresponder al beneficiario.
  - Cuando el solicitante sea apoderado, la información de contacto de los beneficiarios debe ser diferente a la registrada en el módulo de solicitante.
  - La información de representante legal debe diligenciarse siempre que se diligencie en parentesco Hijo (H) obligatorio; para los parentescos Hijo inválido (HI) – Hermanos inválidos (R) debe ser opcional.
  - En cada formato se puede registrar la información de 5 beneficiarios, en caso de superar esta cantidad se debe diligenciar un nuevo formato como anexo.
  - El formato debe estar firmado por el solicitante, indicando los nombres y apellidos, documento de identidad, en forma clara. Estos campos son obligatorios.

**AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES.** Para POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, es muy importante la protección y el manejo de los Datos Personales y/o Datos Sensibles de nuestros clientes, es por eso que “POSITIVA” ha diseñado políticas y procedimientos que para mayor claridad están en el “ABC del Habeas Data” en nuestra página web: <https://www.positiva.gov.co/tramites-Servicios/habeasdata/Paginas/Politica-informacion.aspx> (Ley 1581 de 2012) que junto con la presente **autorización** nos permiten hacer uso responsable de sus datos conforme a la Ley. De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis PERSONALES Y/O DATOS SENSIBLES y que HE SIDO INFORMADO SOBRE LOS DERECHOS QUE ME ASISTEN COMO TITULAR: actualizar, conocer, rectificar, revocar, acceder, solicitar prueba de la autorización otorgada, realizar consultas gratuitas de mis Datos Personales y Datos Sensibles, y los demás derechos consagrados en la Política de tratamiento de datos personales de POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

**OBSERVACIÓN:** Para todos los casos se entenderá que con la firma del presente formato de solicitud de pensión se está haciendo aceptación expresa de la política de tratamiento de datos y del dictamen médico laboral que calificó tanto el origen del siniestro como la pérdida de capacidad laboral en los casos de pensión de invalidez.