

**FORMATO DE SOLICITUD DE
 AUXILIOS FUNERARIOS**

Las reclamaciones de auxilios funerarios para Riesgos Laborales prescriben en el término de tres (3) años y para Rentas Vitalicias y Conmutación Pensional en el término de un (1) año, contados a partir de la fecha de fallecimiento del pensionado o a partir de la fecha de la notificación del dictamen del afiliado fallecido

AV08

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE TIPOS DE DOCUMENTO : 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 y apellidos		Ramo
		DV		
Nombre del Banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta	Titular de la cuenta	
	Ahorro <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>			

2. INFORMACIÓN DEL FALLECIDO TIPOS DE DOCUMENTO : 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		Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Situación del fallecimiento			Fecha de fallecimiento		
Pensionado <input type="radio"/> Afiliado <input type="radio"/>					

3. INFORMACIÓN DE CONTACTO				
Departamento	Municipio	Recibiré notificación en la siguiente dirección	Teléfono	Correo electrónico

Firma

DILIGENCIAMIENTO

- 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- 2: INFORMACIÓN DEL FALLECIDO: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.
- 3: INFORMACIÓN DE CONTACTO: Todos los campos de esta área son de obligatorio diligenciamiento.

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)

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