

FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO EMPLEADOR

Artículo 22. Ley 1562 de 2012: Prescripción. Las mesadas pensionales y las demás prestaciones (reembolsos) establecidas en el Sistema General de Riesgos Profesionales prescriben en el término de tres (3) años, contados a partir de la fecha en que se genere, concrete y determine el derecho.

Espacio para timbre

Para el trámite de su solicitud debe diligenciar la totalidad de los campos de este formato

I. DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Documento CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> TI <input type="radio"/> RC <input type="radio"/> PE <input type="radio"/> PT <input type="radio"/>	Número de documento	Razón Social
Valor presentado	Valor en letras	Dirección de notificación
Cuenta de cobro N°	No afiliados incluidos	Numero telefónico

CC (cedula de ciudadanía) –CE (Cedula de extranjería)– PA (pasaporte)-TI (tarjeta de identidad)-RC (registro civil)-PE (permiso especial de permanencia)-PT (permiso de protección temporal)

II. DATOS DEL LOS AFILIADOS

No	Nombres	Apellidos	Tipo ID	N. Identificación	Fecha siniestro	Valor
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

III. MOTIVO DEL COBRO

Asistencia médica
 Atención domiciliaria
 Rehabilitación
 Prótesis y órtesis
 Otro
 Servicios odontológicos
 Imágenes diagnósticas
 Medicamentos
 Traslados
 ¿Cuál?

IV. INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO

Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	Número de cuenta
-------	---	------------------

V. ANEXOS

Cuenta de cobro
 Certificación cuenta bancaria
 Otro ¿Cuál?

*Declaro bajo juramento que los datos incluidos en el presente documento son los que corresponden a la información que ha sido suministrada

FIRMA DEL SOLICITANTE

No. DOCUMENTO SOLICITANTE

INDICACIONES DE DILIGENCIAMIENTO

1. DATOS DE LA EMPRESA

Tipo ID: diligenciar el tipo de documento de la empresa

No identificación: número del documento de la empresa

Razón social: nombre la razón social de la empresa

Valor presentado: describa el valor presentado total de todos los afiliados registrados en la cuenta de cobro.

Valor en letras: describa el valor presentado en letras.

Dirección de notificación: dirección de la empresa.

Cuenta de cobro: número consecutivo de la cuenta de cobro.

No. afiliados incluidos: describa cuantos afiliados incluye en la cuenta de cobro.

Número telefónico: número telefónico de la empresa

2. DATOS DEL LOS AFILIADOS

Nombres y apellidos: nombres y apellidos completos de los afiliados.

Tipo-No. identificación: tipo y número del documento del afiliado.

Fecha siniestro: fecha del siniestro del afiliado.

Valor: valor a cobrar por el servicio del afiliado individual.

3. MOTIVO DEL COBRO

Seleccione con una x el motivo del cobro (servicio médico al que asistió).

4. INFORMACIÓN BANCARIA PARA EL PAGO

Banco: nombre del banco en el que tiene su cuenta bancaria.

Sucursal: sucursal del banco.

Tipo de cuenta: qué tipo de cuenta es (ahorro, corriente, ect).

Número decuenta: registrar número de cuenta bancaria.

5. ANEXOS

Diligenciar hoja anexa a este formato seleccionando con una X.

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, autorizo 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 MIS DATOS SENSIBLES