

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

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

Consulte al respaldo para marcar la casilla

Clasificación pública  
CÓDIGO MIS\_5\_4\_4\_FR50 - Versión: 3 - 4 feb 2020

### 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	
							F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	
Primer nombre *			Segundo nombre			Primer apellido *		Segundo apellido	
Departamento *	Ciudad *		Dirección *			Teléfono móvil	Fecha de nacimiento *		
							(DD/MM/AAAA)		

### 2. INFORMACIÓN DE LA PERSONA SINIESTRADA

Documento	C.C. <input type="radio"/>	C.E. <input type="radio"/>	P.A. <input type="radio"/>	P.E.S. <input type="radio"/>	R.C. <input type="radio"/>	T.I. <input type="radio"/>	*	Sexo *	Correo electrónico
							F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	
Primer nombre *			Segundo nombre			Primer apellido *		Segundo apellido	Fecha de nacimiento
									(DD/MM/AAAA)

### 3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha del siniestro *	Hora del siniestro *	Nombre del tomador *	Ciudad de ocurrencia del siniestro	Departamento ocurrencia del siniestro	Número de póliza
(DD/MM/AAAA)	AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>				
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)	
Descripción de los hechos *					
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

### 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"/>		Ahorros <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/>	
Giro bancario SOLO SI NO TIENE CUENTA <input type="radio"/>	Departamento	Ciudad/Municipio	

<p style="text-align: right;">*</p> <p>_____</p> <p>Firma del reclamante</p>
--

Diligencia autorización al respaldo

## AUTORIZACIONES

**DATOS SENSIBLES;** Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir, actualizar y transmitir, **mis datos sensibles** y declaro que he sido enterado que la siguiente información es considerada como Dato Sensible: estado de salud, valoración preanestésica, exámenes médicos, historia clínica, patologías reconocidas, antecedentes médicos, datos biométricos, relativos a la vida sexual, religión, política, y será tratada de acuerdo a la Ley; mis datos actuales, en el futuro, y/o los que hubieran sido tratados por POSITIVA en el pasado en el cumplimiento de sus deberes legales.

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis DATOS SENSIBLES: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**DATOS PERSONALES;** Autorizo expresamente a POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A, a sus filiales vinculadas y/o Terceros contratados, en adelante "POSITIVA", para que pueda: recolectar, transferir, transmitir, almacenar, usar, circular, suprimir, compartir y actualizar, mis datos personales para las siguientes finalidades: **(a)** solicitud y expedición de la póliza y el clausulado. **(b)** Autorización de servicio. **(c)** cotización, colocación y ejecución de los seguros de POSITIVA, así como la negociación de los contratos, la determinación de primas y la selección de riesgos. **(d)** pago y reembolso de siniestros. **(e)** cancelación y revocación del seguro. **(f)** Realizar el análisis para el control y la prevención del fraude y de lavado de activos, incluyendo, pero sin limitarse a la consulta y reporte a listas restrictivas y a centrales de información de riesgos financieros. **(g)** elaborar estudios técnico- actuariales, segmentaciones, estadísticas, encuestas, análisis de tendencias del mercado y en general, estudios de técnica aseguradora, incluyendo, pero sin limitarse a las encuestas de satisfacción sobre los servicios prestados por POSITIVA. **(h)** Cumplir con las obligaciones tributarias y de registros comerciales, corporativos y contables. **(i)** La transmisión y Transferencia de datos a terceros con los cuales "POSITIVA" haya celebrado contratos. **(j)** Procesos al interior de POSITIVA, con fines de desarrollo operativo y/o de administración de sistemas; **(k)** archivar y actualizar los sistemas, además de la protección y custodia de la información y bases de datos de POSITIVA. **(l)** el tratamiento de todos aquellos datos personales en virtud de la relación contractual vigente con "POSITIVA".

De acuerdo con lo anterior, declaro que Autorizo a POSITIVA, para el Tratamiento de mis DATOS PERSONALES: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## 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 numero 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 numero y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)  
Sarlaft (debidamente diligenciado y verificado por la sucursal)

### ENFERMEDADES GRAVES Y/O AMPARADAS

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

### RECLAMACIÓN DE GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIONES EN CIRUGÍA

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 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 numero y tipo de cuenta del reclamante  
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

### Marque opción A. Si es reclamación directa del asegurado

**Marque opción B . Si es reclamación por médico tratante o IPS** e incluya:  
Copia del documento de identidad del médico reclamante

### AUXILIO

Certificación bancaria donde se evidencie numero y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)  
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

### Marque opción A. Si es auxilio educativo por muerte de los padres e incluya:

Copia del documento de identidad del asegurado  
Registro civil de defunción del padre y/o madre  
Registro civil del asegurado

### Marque opción B. Si es auxilio de renta mensual por muerte de los cónyuge del estudiante o de uno de los padres e incluya:

Copia del documento de identidad del reclamante  
Registro civil de defunción del padre o madre  
Registro civil del asegurado  
Documento que certifique unión marital

### Marque opción C. Si es auxilio de maternidad e incluya:

Copia del documento de identidad del asegurado  
Registro civil de nacimiento del hijo

### 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 numero y tipo de cuenta del reclamante(*Si se selecciona abono a cuenta bancaria*)  
Sarlaft (*Debidamente diligenciado y verificado por la sucursal*)

### Marque opción A. Si es despido sin justa causa e incluya:

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.

### Marque opción B. Si es retiro por mutuo acuerdo e incluya:

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.