

SOLICITUD DE COBRO DE INCAPACIDAD TEMPORAL AL TÉRMINO DEL CONTRATO LABORAL

1. INFORMACIÓN DEL AFILIADO:			
No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD		APELLIDOS Y NOMBRES	
DEPARTAMENTO	CIUDAD	DIRECCION	TEL FONO
CORREO ELECTRONICO			
FECHA DEL ACCIDENTE O DE CALIFICACION EN PRIMERA OPORTUNIDAD DE LA ENFERMEDAD LABORAL ____ / ____ / ____ D D M M A A A A 			
EMPRESA EN LA QUE OCURRIO EL ACCIDENTE O SE CALIFICO EN PRIMERA OPORTUNIDAD LA ENFERMEDAD LABORAL.			
<p>En caso de encontrarse desvinculado de la empresa en la cual ocurrió el accidente o se diagnosticó su enfermedad, favor diligenciar la siguiente información:</p> <p>FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO LABORAL ____ / ____ / ____ D D M M A A A A </p> <ul style="list-style-type: none"> Después de haber terminado el contrato laboral con la empresa donde sufrió el accidente, usted ha laborado o labora actualmente. <p>SI _____ EN CASO AFIRMATIVO NOMBRE DE LA EMPRESA _____</p>			
3. INFORMACIÓN ENTIDAD BANCARIA			
ENTIDAD			
CIUDAD DE ORIGEN DE LA CUENTA		NUMERO DE LA CUENTA	
TIPO DE CUENTA	AHORROS	CORRIENTE	
ESTADO DE LA CUENTA	ACTIVA	INACTIVA	
<p>Tenga en cuenta que al haber terminado usted contrato con la empresa, debe proceder a realizar las afiliaciones a la Administradora del Fondo de Pensiones (AFP) y a la Entidad Promotora de Salud (EPS) en calidad de independiente. El reconocimiento del factor prestacional correspondiente al empleador, será cancelado por ARL SURA, sólo en caso de haber recibido junto con esta solicitud, copias de los formularios de afiliación a dichos regímenes.</p> <p>Manifiesto que la información suministrada es verídica y me responsabilizo de los perjuicios que pueda ocasionar en caso de no serla.</p> <p>_____</p>			
FIRMA Y C. C.		CIUDAD Y FECHA	
<p>Por medio de la presente autorizo expresamente a ARL SURA S. A, para que realice la verificación de los datos de mi cuenta bancaria.</p> <p>EL TITULAR DE LA CUENTA DEBE SER EL BENEFICIARIO DEL PAGO.</p>			