

## GERENCIA DE RENTAS Y SEGUROS PREVISIONALES



Declaración para acreditar derecho a Pensión de Sobrevivientes **HIJOS MAYORES DE 18 AÑOS o HIJOS INVÁLIDOS:**

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino  Masculino

Tipo de Documento: TI  CC  N° Documento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Discapacitado: Si  NO  Fecha de Invalidez: \_\_\_\_\_

Causa de Invalidez: \_\_\_\_\_

1. ¿Está Usted estudiando en la actualidad? SI  No  En caso afirmativo indique:

\_\_\_\_ Primaria  Tecnología   
\_\_\_\_ Bachillerato  Universitarios   
\_\_\_\_ Curso no formal  Postgrado

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Si no estudia indique porque:

\_\_\_\_ No cuento con el dinero necesario  Estoy impedido por el tiempo de trabajo   
\_\_\_\_ No estoy interesado en estudiar  Estoy prestando servicio militar   
\_\_\_\_ No he encontrado cupo  Otro

2. Indique la fecha a partir de la cual no estudia: \_\_\_\_\_

3. ¿A cuál entidad promotora de salud (EPS) está Usted afiliado? \_\_\_\_\_

En calidad de:  Cotizante Independiente  
 Cotizante dependiente con la empresa o con Sura  
 Como beneficiario de \_\_\_\_\_

4. Si el pensionado fallecido tenía otros hijos indique:

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESTUDIANTE		INVALIDO		TRABAJA		NOMBRE PROGENITOR
			SI	NO	SI	NO	SI	NO	

5. ¿Recibía Usted algún ingreso económico propio, en el momento de fallecer el pensionado?

Sí   
 NO

En caso afirmativo, especifique por qué concepto:

\$ \_\_\_\_\_ Salarios  
 \$ \_\_\_\_\_ Pensiones  
 \$ \_\_\_\_\_ Rentas  
 \$ \_\_\_\_\_ Ingresos por trabajos independientes

\$ \_\_\_\_\_ Arrendamientos  
 \$ \_\_\_\_\_ Donaciones  
 \$ \_\_\_\_\_ Comisiones  
 \$ \_\_\_\_\_ Otros

6. Si trabajaba Usted al momento del fallecimiento del pensionado indique:

Asalariado  Independiente

Cargo: \_\_\_\_\_

Antigüedad: \_\_\_\_\_

Actividad: \_\_\_\_\_

Ingresos mensuales: \_\_\_\_\_

7. ¿Recibía Usted algún aporte económico del pensionado al momento de la fecha del fallecimiento?

SI  NO

En caso afirmativo: Monto \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

En que lo utilizaba? \_\_\_\_\_

8. DECLARACIÓN:

Manifiesto que he leído integralmente la información y que las respuestas aquí consignadas son exactas y verdaderas. Firmo en señal de acuerdo, a sabiendas de las consecuencias penales por falsedad en documento privado si ellas no correspondieran con la realidad (artículo 221 del Código Penal). Autorizo a Suramericana para verificar toda la información suministrada en esta declaración.

Firma: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_



Huella Índice Derecho