



## GERENCIA DE RENTAS Y SEGUROS PREVISIONALES

Declaración para acreditar derecho a Pensión de Sobrevivientes **HERMANOS INVÁLIDOS:**

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

**Pensionado fallecido:** \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

### DATOS DEL HERMANO:

Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

#### 1. ¿Cual era el estado civil del pensionado?

Soltero \_\_\_\_\_ Separado legalmente (de cuerpos) \_\_\_\_\_  
Casado \_\_\_\_\_ Separación de hecho (Sin trámite legal) \_\_\_\_\_  
Casado y con unión libre \_\_\_\_\_ Separado y con unión libre \_\_\_\_\_  
Unión libre \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_  
Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado y con unión libre \_\_\_\_\_

#### 2. ¿Cómo estaba conformado el grupo familiar del pensionado?

Cónyuge \_\_\_\_\_ Compañero(a) \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_

Hijos \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### 3. Si el pensionado tenía hijos indique:

NOMBRE	EDAD	ESTUDIANTE		INVALIDO		TRABAJA	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO

#### 4. Si falta alguno de los padres del pensionado explique por qué razón:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. ¿Vivía Usted con el pensionado hasta el día de su fallecimiento?**

Sí \_\_\_\_\_ ¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ ¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**6. ¿Con quién (es) vivía el pensionado en el momento de su fallecimiento?**

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	TIEMPO DE CONVIVENCIA	
				DESDE	HASTA

**7. Si Usted tiene otros hijos, indique:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Trabajador Independiente \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_ Ingresos \_\_\_\_\_

Pensionado \_\_\_\_\_ Valor mesada pensional \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Trabajador Independiente \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_ Ingresos \_\_\_\_\_

Pensionado \_\_\_\_\_ Valor mesada pensional \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Trabajador Independiente \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_ Ingresos \_\_\_\_\_

Pensionado \_\_\_\_\_ Valor mesada pensional \_\_\_\_\_

**8. Indique cuál era su ocupación al momento del fallecimiento del pensionado:**

Asalariado \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_ Salario \_\_\_\_\_

Trabajador independiente \_\_\_\_\_ Actividad \_\_\_\_\_ Antigüedad \_\_\_\_\_ Ingresos \_\_\_\_\_

Pensionado \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ Valor mesada pensional \_\_\_\_\_

Desempleado \_\_\_\_\_ Ama de casa \_\_\_\_\_

9 ¿Recibía usted algún ingreso económico propio, en el momento de fallecer el pensionado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo, especifique por qué conceptos:

Salarios \$ \_\_\_\_\_

Pensiones \$ \_\_\_\_\_

Rentas \$ \_\_\_\_\_

Arrendamientos \$ \_\_\_\_\_

Donaciones \$ \_\_\_\_\_

Comisiones \$ \_\_\_\_\_

Ingresos por trabajos independientes \$ \_\_\_\_\_

Ayuda económica de compañero o conyuge \$ \_\_\_\_\_ para que los utiliza? \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene bienes propios a la fecha de fallecimiento del pensionado? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

En caso afirmativo especifique cuáles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Indique los gastos mensuales que tenía usted, a la fecha del fallecimiento del pensionado y el valor:

Arrendamiento \_\_\_\_\_ Servicios Públicos \_\_\_\_\_ Alimentos \_\_\_\_\_

Salud \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

12. ¿De dónde derivaba su sustento a la fecha del fallecimiento del pensionado?

De sus ingresos propios Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ De la ayuda de otras personas Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿De quienes recibía la ayuda?

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Valor mensual \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Valor mensual \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Valor mensual \_\_\_\_\_

13. ¿En la actualidad de dónde deriva usted su sustento?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. ¿A cuál entidad promotora de salud (EPS) esta usted afiliado? \_\_\_\_\_

En calidad de: \_\_\_\_\_ Cotizante Independiente

\_\_\_\_\_ Cotizante dependiente con la empresa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Como beneficiario de: \_\_\_\_\_

15. Indique dos personas sin vínculo familiar que puedan corroborar la información anterior:

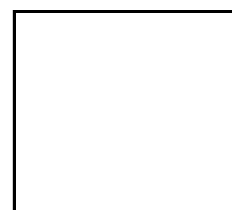
a. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

b. Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**16. DECLARACIÓN:**

Manifiesto que he leído íntegramente 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: