	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR05
		Versión	05
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	2021/12/30
FORMATO AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE / SUSTITUCIÓN PENSIONAL			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Garzón Gerente Indemnizaciones	Revisó: Juan Pablo Giraldo Líder SIG	Elaboró: Zuanny Bello Profesional Especializado	

FECHA _____

LUGAR _____

Nombre Causante _____

No. Documento Causante _____

Yo _____ CC _____ en nombre propio, y/o en representación de mis hijos cuyos nombres relaciono a continuación, en condición de beneficiarios de la pensión de sobrevivientes o sustitución pensional, en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Labores POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se presenten a reclamar otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que nos asiste, se modifique la distribución de la cuota parte correspondiente a cada beneficiario o se revoque el reconocimiento inicial y se emita oficio aclaratorio frente al cual se reconoció el derecho inicialmente, conforme a lo dispuesto en la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003 y Ley 1562 de 2012.

RELACION DE HIJOS REPRESENTADOS

NOMBRES Y APELLIDOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Firma: _____


Cedula: _____

Dirección de contacto beneficiario: _____

Ciudad de residencia beneficiario: _____

Teléfono de Contacto beneficiario: _____

Correo Electrónico beneficiario: _____

	PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO	Código	MIS_5_4_5_FR05
		Versión	05
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	2021/12/30
FORMATO AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE / SUSTITUCIÓN PENSIONAL			
Aprobó: Sonia Esperanza Benítez Garzón Gerente Indemnizaciones	Revisó: Juan Pablo Giraldo Líder SIG	Elaboró: Zuanny Bello Profesional Especializado	

Guía de uso del formato

FECHA **_Ingresar la fecha de elaboración del formato de forma AAAA/MM/DD_**

LUGAR **___Ingresar el lugar de elaboración del formato._____**

Nombre Causante **_Ingresar nombre y apellido del causante._**

No. Documento Causante **___Ingresar el número de identificación del causante.____**

Yo **_ Ingresar nombre y apellido del causante_ CC _ Ingresar el número de identificación del causante_** en nombre propio, y/o en representación de mis hijos cuyos nombres relaciono a continuación, en condición de beneficiarios de la pensión de sobrevivientes o sustitución pensional, en forma libre y espontánea manifiesto que autorizo a la Administradora de Riesgos Labores POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A., para que en el evento en que se presenten a reclamar otros beneficiarios con igual o mejor derecho al que nos asiste, se modifique la distribución de la cuota parte correspondiente a cada beneficiario o se revoque el reconocimiento inicial y se emita oficio aclaratorio frente al cual se reconoció el derecho inicialmente, conforme a lo dispuesto en la Ley 776 de 2002, Ley 797 de 2003 y Ley 1562 de 2012.

RELACION DE HIJOS REPRESENTADOS

NOMBRES Y APELLIDOS

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Ingresar nombre y apellido del beneficiario.

Ingresar el número identificación del beneficiario.

Firma: **_Ingresar la firma del causante.**

Cedula: **Ingresar el número de identificación del causante.**

Dirección de contacto beneficiario: **Ingresar la dirección de residencia del beneficiario.**

Ciudad de residencia beneficiario: **Ingresar la ciudad de residencia del beneficiario.**

Teléfono de Contacto beneficiario: **Ingresar el número de contacto del beneficiario.**

Correo Electrónico beneficiario: **Ingresar el correo electrónico del beneficiario.**