



Formulario de Solicitud por Sobrevivencia para Hermanos Invalidos

Pensiones y Cesantías Porvenir

Espacio para radicado de Porvenir

Fecha de Diligenciamiento

Ciudad de Diligenciamiento

A A A A M M D D

Tipo de Reclamación

Pensión por sobrevivencia Devolución de saldos por pensión en ARP Devolución de saldos por inexistencia de beneficiarios Sustitución Pensional

1. Información del solicitante

Tipo de identificación C.C C.E C.D PAS N° de documento de identidad Parentesco
 Nombres y apellidos

2. Información del Afiliado(a) Fallecido(a)

Tipo de identificación C.C C.E C.D PAS N° de documento de identidad Fecha de nacimiento Lugar de expedición
 Nombres y apellidos
 EPS a la cual se encontraba afiliado(a) Como se realizaban los aportes al sistema de salud Trabajaba SI NO N° de teléfono fijo
 Cotizante Beneficiario ¿De quién? Parentesco
 Dirección de residencia Ciudad Departamento

3. Información del Estado Civil del Afiliado(a) Fallecido(a)

A. Convivia en unión libre
 B. Casado(a) * Divorciado(a) Separado de hecho Disolución y liquidación de la sociedad conyugal
 *Adjunte registro civil de matrimonio Desde que fecha Desde que fecha Desde que fecha
 C. Viudo(a) Indique los nombres y apellidos de la esposa(a) fallecido(a) Indique fecha de fallecimiento del esposo(a)
 D. Soltero(a)

4. Circunstancias del Fallecimiento

Causa del fallecimiento: Muerte natural / enfermedad Homicidio / accidente Suicidio Fecha del fallecimiento Hora del fallecimiento
 ARL a la cual estaba afiliado Se encuentra en trámite de reco- SI No Existe reconocimiento *SI No *Nombre de la entidad que reconoció la pensión
 Nombre de la empresa para la cual trabajaba el afiliado(a) Dirección
 Ciudad Departamento N° de teléfono fijo

Explique los hechos

Lugar de fallecimiento ¿Qué hacía el afiliado(a) en ese lugar?
 Si la muerte fue por accidente de tránsito, indique quién era el dueño del vehículo ¿Cuál era el horario de trabajo del afiliado(a)?

8. Declaración Juramentada Exonerando a Porvenir y compañías aseguradoras

Los abajo firmantes identificados como aparece al pie de nuestras firmas actuando en calidad de reclamantes del afiliado señalado en el punto 2 de este formulario de manera voluntaria y libre de todo apremio manifestamos bajo la gravedad del juramento para ante la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., que hemos relacionado en el presente formulario a las personas de las cuales tenemos conocimiento que pueden tener igual o mejor derecho a reclamar la prestación económica que legalmente corresponda ocasionada con motivo del fallecimiento del afiliado señalado en el punto 2 de este formulario y que por ello exoneramos desde ahora a Porvenir S.A y a las compañías aseguradoras con las cuales se tiene contratado el seguro previsional de cualquier responsabilidad frente a eventuales futuras reclamaciones por este mismo concepto que se llegare a presentar por personas adicionales que acrediten igual o mejor derecho. De igual manera manifestamos que en el evento de presentarse otras personas con igual o mejor derecho a reclamar, reintegraremos a su favor los dineros recibidos en exceso por el fondo de pensiones administrador por Porvenir S.A., como consecuencia de esta declaración. Esta comunicación prestará mérito ejecutivo y a requerimientos judiciales.

Declaro bajo gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a la Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir y a las compañías aseguradoras con las cuales se tiene contratado el seguro previsional para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación

Nombre del banco

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina:

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación

Nombre del banco

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina:

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación

Nombre del banco

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina:

Firma

Nombres y apellidos:

N° de identificación:

Huella índice derecho

Autorizo SI NO

A Porvenir para que consigne a mi nombre y en la cuenta registrada a continuación, los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada. Asumo la responsabilidad en caso de reprocesos por errores en la información de la cuenta reportada, de la cual certifico que soy titular.

Cuenta bancaria donde desea recibir los pagos que resulten de esta reclamación

Nombre del banco

N° de cuenta

Tipo de cuenta Ahorros Corriente

Debido a que no tengo cuenta bancaria, autorizo a Porvenir S.A. para que los pagos resultantes del trámite de la prestación solicitada sean girados en cheque en la Oficina: