

	<b>PROCESO: GESTIÓN DE SINIESTRO</b>	Código	MIS_5_4_5_FR05
		Versión	04
		Clasificación	Publica Clasificada
		Fecha	13/03/2020
<b>FORMATO AUTORIZACIÓN PARA MODIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO PENSIÓN DE SOBREVIVIENTE / SUSTITUCIÓN PENSIONAL</b>			
Aprobó: <b>Sonia Esperanza Benitez Garzón</b> Gerente Indemnizaciones	Revisó: <b>Juan Pablo Giraldo</b> Lider SIG	Elaboró: <b>Zuanny Bello</b> Profesional Especializado	

FECHA \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

**Nombre Causante** \_\_\_\_\_

**No. Documento Causante** \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ CC \_\_\_\_\_ en nombre propio, y 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 derecho al que nos asiste, se modifique la distribución de la cuota parte correspondiente a cada beneficiario 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 (Opcional):