**Diligenciar y Autenticar**

**PENSION DE INVALIDEZ Y SOBREVIVIENTES**

SEÑORES

COLMENA SEGUROS

Apreciados señores:

Yo………………………………………………..…. identificado con CC , CE , TI , número……………….. de ……………………. , en calidad de beneficiario , representante legal , afiliado , invalido , identificado con CC , CE , TI , número……………….. de ……………………. bajo la gravedad de juramento y de conformidad con el inciso primero del artículo 14 del decreto 1474 de mayo 30 de 1997; manifiesto que no he presentado, ni presentare reclamación para pago de prestaciones de pensión de Invalidez , pensión de sobrevivencia , ante ninguna otra ARL ni ante ningún fondo de pensiones por origen común en relación al evento aprobado por Colmena Seguros.

Igualmente declaro no conocer ningún otro beneficiario que se crea tener derecho a pago de la pensión de invalidez , pensión de sobrevivencia .

Atentamente,

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

Tipo Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E- Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Huella Índice Derecho