



**AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A. - ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**  
**DECLARACION DE GRUPO FAMILIAR**  
**PARA RECONOCIMIENTO DE PENSION**

Fecha de Elaboración: dd / mm / aaaa

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

Nombre del Pensionado(a): \_\_\_\_\_

Numero de Identificación: \_\_\_\_\_

Tipo de Identific.: CC  CE  PA  TI  PE

Estado Civil: Casado(a)  Soltero(a)  Union Libre  Viudo(a)

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Declaro que a la fecha mi grupo familiar está conformado por las personas cuyos datos de identificación y parentesco se relacionan a continuación:

**CONYUGE / COMPAÑERO (A) PENTANENTE ACTUAL**

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE

Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa

Edad \_\_\_\_\_ Tiempo de Convivencia a la fecha Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_

**HIJOS RECONOCIDOS Y POR RECONOCER (Menores de 25 años)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE

Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE

Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE

Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_

Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE

Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**PADRES DEL PENSIONADO(A) (Que dependan económicamente)**

**Datos de la Madre:**

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE   
Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa  
Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Datos del Padre:**

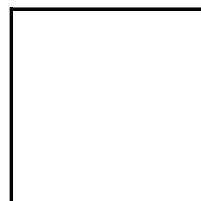
NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE   
Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa  
Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**HERMANOS INVÁLIDOS (Que dependan económicamente)**

NOMBRE \_\_\_\_\_ No. Identificación \_\_\_\_\_  
Tipo de Identific. CC  CE  PA  TI  NU  RC  PE   
Genero: Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa  
Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Entidad que calificó la Invalidez \_\_\_\_\_ PCL calificada: \_\_\_\_\_

Declaro que toda la información suministrada en el presente documento es veraz, actual y completa, exacta y pertinente.

Firma del Pensionado \_\_\_\_\_



Huella

No. De identificación \_\_\_\_\_