

Señores
FEDERACIÓN DE ASEGURADORES COLOMBIANOS – FASECOLDA –
 Bogotá

Asunto: Reclamación cobertura “La fuerza que nos cuida”

Declaramos bajo la gravedad de juramento que somos los únicos herederos del(a) señor(a) _____ quien en vida se identificaba con cedula de ciudadanía numero _____ de la ciudad de _____ y no conocemos la existencia de otros herederos con igual o mejor derecho al nuestro para reclamar la cobertura solidaria otorgada por el sector asegurador. En el evento en que aparecieren herederos con igual o mejor derecho al nuestro nos comprometemos a la devolución a éstos y/o a la Federación de Aseguradores Colombianos – Fasecolda – de los dineros que les correspondieren, en la proporción adecuada y exoneramos a la Federación de Aseguradores Colombianos – Fasecolda – de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, por nuestra parte o por parte de cualquier tercero, asumiendo la responsabilidad por lo declarado, y aquella de carácter civil, penal o administrativa, que llegue a derivarse del pago realizado a nosotros por la Federación de Aseguradores Colombianos – Fasecolda –

A continuación, relacionamos los beneficiarios del personal de la salud fallecido:

Nombre completo	Parentesco con el fallecido	Tipo de identificación	Número de identificación

Para constancia, se firma a los _____ días del mes de _____ del año _____ en la ciudad de _____

Nombre: _____
 Identificación _____
 Firma: _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Huella _____

Nombre: _____
 Identificación _____
 Firma: _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Huella _____

Nombre: _____
 Identificación _____
 Firma: _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Huella _____

Nombre: _____
 Identificación _____
 Firma: _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Huella _____

Nombre: _____
 Identificación _____
 Firma: _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Huella _____

Nombre: _____
 Identificación _____
 Firma: _____
 Dirección _____
 Teléfono _____
 Huella _____

NOTA: En caso de que el beneficiario sea menor de edad, quien firma debe ser su padre o madre como su representante legal, o su tutor en ausencia de estos.

Autorización Habeas data: De conformidad con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, FASECOLDA, queda autorizado para dar tratamiento a sus datos personales, a no ser que usted nos manifieste lo contrario de manera directa, inequívoca, expresa y por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la recepción de la presente comunicación, a la cuenta de correo electrónico (lafuerzaquenoscuida@fasecolda.com), por correo físico o presencialmente en la Carrera 7 No 26-20 piso 4 de Bogotá D.C.