



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
 (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)
 PERSONAS NATURALES - FURPEN

Fecha de radicación: DD MM AAAA

No. Radicación: []

No. Radicación anterior: []

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido [] 2do Apellido []

1er Nombre [] 2do Nombre []

Tipo de documento: CC CE PA

No. de documento: []

Dirección: []

Departamento: [] Código: [] Teléfono: []

Municipio: [] Código: []

Parentesco o relación con la víctima: Padres Cónyuge Abuelos Compañero (a) permanente
 Hijos Nietos Hermanos Apoderado

II. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido [] 2do Apellido []

1er Nombre [] 2do Nombre []

Tipo de documento: CC CE PA TI RC AS MS

No. de documento: []

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA

Sexo: M F

Dirección domicilio: []

Departamento: [] Código: [] Teléfono: []

Municipio: [] Código: []

Zona: U R

Condición del accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

Fecha en caso muerte: DD MM AAAA

III. DATOS DEL SITIO DONDE OCURRIÓ EL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Naturaleza del Evento: Accidente de tránsito

Naturales:

Sismo Maremoto Erupciones volcánicas Huracán
 Inundaciones Avalancha Deslizamiento de tierra Incendio natural
 Rayo Vendabal Tornado

Terroristas:

Explosión Masacre Mina antipersonal
 Incendio Ataque a municipios Combate

Otros: Cuál: []

Dirección de la ocurrencia: []

Fecha evento/accidente: DD MM AAAA Hora: HH MM

Departamento: [] Código: []

Municipio: [] Código: [] Zona: U R

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito

Enuncie las principales características del evento / accidente: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
 (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)
 PERSONAS NATURALES - FURPEN

IV. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado No asegurado Vehículo fantasma Póliza falsa Vehículo en fuga

Marca: Placa:

Tipo de servicio: Particular Público Oficial Vehículo de emergencia Vehículo de servicio diplomático o consular
 Vehículo de transporte masivo Vehículo escolar

Nombre de la aseguradora:

Número de la póliza: Intervención de autoridad SI NO

Vigencia desde: DD MM AAAA hasta: DD MM AAAA

V. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA NIT TI RC No. de documento:

Fecha de nacimiento: DD MM AAAA Sexo: M F

Dirección residencia:

Departamento: Código: Teléfono ó celular:

Municipio: Código:

VI. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA NIT TI RC No. de documento:

Dirección residencia:

Departamento: Código: Teléfono ó celular:

Municipio: Código:

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

Marque con una "X" la casilla correspondiente al beneficio reclamado:

| Concepto reclamado | X | Valor reclamado |
|------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| Gastos funerarios | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Muerte de la Víctima | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Incapacidad permanente | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

IX. AMPAROS QUE RECLAMA

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía No. _____ de _____ declaro bajo la gravedad de juramento que la información contenida en este documento es cierta y podrá ser verificada por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social o quien haga sus veces, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República con la IPS y las aseguradoras, de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación y autorizo expresamente al médico o entidad Hospitalaria para que suministre la información necesaria sobre el tratamiento efectuado, lesiones o incapacidad. Adicionalmente, manifiesto que la reclamación no ha sido presentada con anterioridad ni se ha recibido pago alguno por las sumas reclamadas.

 Firma del reclamante

 Impresión dactilar