

REPUBLICA DE COLOMBIA
 ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
 FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS
 (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSS)
 PERSONAS NATURALES - FURPEN

PARTE A

Fecha de radicación:
 No. Radicación anterior:
 No. Radicación:

I. DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA RECLAMACIÓN

1er Apellido **2do Apellido**

1er Nombre **2do Nombre**
 Tipo de documento: CC CE PA PE PT No. de documento:
 Dirección Domicilio:
 Correo Electrónico:
 Departamento: Teléfono:
 Municipio: Celular:
 Cuenta bancaria Banco Tipo de cuenta
 Parentesco o relación con la víctima: Padres Cónyuge Compañero (a) permanente
 Hijos Hermanos Representante Legal

II. DATOS DEL APODERADO (ABOGADO CON PODER PARA TRAMITAR LA RECLAMACIÓN)

1er Apellido **2do Apellido**

1er Nombre **2do Nombre**
 Tipo de documento: CC CE No. de documento:
 Dirección:
 Correo Electrónico:
 Departamento: Teléfono:
 Municipio: Tarjeta Profesional

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

1er Apellido **2do Apellido**

1er Nombre **2do Nombre**
 Tipo de documento: CC CE CD PA SC PE RC TI CN DE PT No. de documento:
 Fecha de nacimiento:
 Sexo: M F O
 Dirección domicilio:
 Departamento: Municipio:
 Zona: U R
 Condición del accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista Teléfono:
 Fecha en caso muerte:

IV. 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 Tornado
 Avalancha Deslizamiento de tierra Incendio natural Rayo Vendabal
 Terroristas:
 Explosión Masacre Mina antipersonal Incendio Ataque a municipios Combate
 Otros: Cuát:

Dirección de la ocurrencia:
 Fecha evento/accidente: Hora:
 Departamento: Municipio:

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito
 Enuncie las principales características del evento / accidente: _____

V. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado No asegurado Vehículo fantasma Póliza falsa
 No asegurado - sin placa No asegurado - propietario indeterminado o sin información

Marca: Placa:

Tipo de servicio: Automóvil Bus Buseta Camión Camioneta Camper Microbus Tractocamión
 Motocicleta Motocarro Mototriciclo Cuatrimoto Moto Extranjera Vehículo Extranjero
 Volqueta

Nombre de la aseguradora:

Número de la póliza: Intervención de autoridad SI NO

Vigencia desde: hasta:

VI. DATOS DEL PROPIETARIO DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA NIT TI PE PT CD DE No. de documento:

Dirección residencia:

Departamento: Teléfono ó celular:

Municipio:

VII. DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA RC TI PE PT SC CD DE SI AS MS No. de documento:

Dirección residencia:

Departamento: Teléfono ó celular:

Municipio:

VIII. AMPAROS QUE RECLAMA

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

Concepto reclamado	X	Valor reclamado
Indemnización por muerte y Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Incapacidad permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

IX. DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE

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 ADRES o quien haga sus veces, 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.

Así mismo, autorizo a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) para que me notifique el resultado de auditoría y demás actos que se emitan durante el presente trámite al correo electrónico o dirección de domicilio del campo I diligenciado en el FURPEN, conforme lo dispuesto en el artículo 56 de la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo)

 Firma del reclamante

Impresión dactilar