



### 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