



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTRÓFICOS  
(EVENTOS TERRORISTAS, CATASTRÓFOS 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 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