



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: No. Radicación:

No. Radicación anterior:

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido: 2do Apellido:

1er Nombre: 2do Nombre:

Tipo de documento: 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: No. de documento:

Fecha de nacimiento: Sexo:

Dirección domicilio:

Departamento: Código: Teléfono:

Municipio: Código:

Zona:

Condición del accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

Fecha en caso muerte:

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

Naturaleza del Evento: Accidente de tránsito

Naturales:

Sismo	<input type="checkbox"/>	Maremoto	<input type="checkbox"/>	Erupciones volcánicas	<input type="checkbox"/>	Huracán	<input type="checkbox"/>
Inundaciones	<input type="checkbox"/>	Avalancha	<input type="checkbox"/>	Deslizamiento de tierra	<input type="checkbox"/>	Incendio natural	<input type="checkbox"/>
Rayo	<input type="checkbox"/>	Vendabal	<input type="checkbox"/>	Tornado	<input type="checkbox"/>		

Terroristas:

Explosión	<input type="checkbox"/>	Masacre	<input type="checkbox"/>	Mina antipersonal	<input type="checkbox"/>
Incendio	<input type="checkbox"/>	Ataque a municipios	<input type="checkbox"/>	Combate	<input type="checkbox"/>

Otros: Cuál:

Dirección de la ocurrencia:

Fecha evento/accidente: Hora:

Departamento: Código:

Municipio: Código: Zona:

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