



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

FORMULARIO ÚNICO DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIONES POR ACCIDENTES DE TRANSITO Y EVENTOS CATASTROFICOS (EVENTOS TERRORISTAS, CATASTROFES NATURALES Y OTROS EVENTOS APROBADOS POR EL CNSSSS)
PERSONAS NATURALES - FURPEN

Fecha Radicación

No. Radicado

No. Radicado Anterior

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido 2do. Apellido

1er Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento CC CE PA No. Documento

Dirección Domicilio

Departamento Cod. Teléfono

Municipio Cod.

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

II. DATOS DE LA VICTIMA DEL EVENTO CATASTROFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

1er Apellido 2do. Apellido

1er Nombre 2do. Nombre

Tipo de Documento CC CE PA TI RC AS MS No. Documento

Fecha de Nacimiento Sexo M F

Dirección Domicilio

Departamento Cod. Teléfono

Municipio Cod.

Zona U R

Condición del Accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista

Fecha en caso Muerte

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

Naturaleza del Evento:

Accidente de Tránsito
Naturales: Sismo Maremoto Erupciones Volcánicas Huracán
Inundaciones Avalancha Deslizamiento de Tierra Incendio Natural
Terroristas : Explosión Masacre Mina Antipersonal Combate
Incendio Ataques a Municipios

Otros Cual?

Dirección de la ocurrencia

Fecha Evento/Accidente Hora

Departamento Cod.

Municipio Cod. Zona U R

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito

Enuncie las principales características del evento / accidente:

IV. INFORMACION DEL VEHICULO DEL ACCIDENTE DE TRANSITO

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

No. de la Póliza Intervención de autoridad SI NO

Vigencia Desde Hasta

Total Folios



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

DATOS DE PROPIETARIO DEL VEHICULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido o Razón Social	2do. Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre	2do. Nombre
Tipo de Documento No. Documento	<input type="text"/>
Dirección Residencia	<input type="text"/>
Departamento Cod.	Teléfono o Celular <input type="text"/>
Municipio Cod.	<input type="text"/>

DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Apellido del Conductor	2do. Apellido del conductor
<input type="text"/>	<input type="text"/>
1er Nombre del Conductor	2do. Nombre del Conductor
Tipo de Documento No. Documento	<input type="text"/>
Dirección Residencia	<input type="text"/>
Departamento Cod.	Teléfono <input type="text"/>
Municipio Cod.	<input type="text"/>

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"/>

VIII. DECLARACION 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 declaró bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida en este formulario es cierta y podrá ser verificada por la Dirección General de Financiamiento del Ministerio de la Protección Social, 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	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Impresión Dactilar</p>
----------------------	--