



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Resolución 01915 28 MAY 2008

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

Fecha Radicación
 RG
 No. Radicado
 No. Radicado Anterior

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

1er Apellido 2do. Apellido
 1er Nombre 2do. Nombre
 Tipo de Documento 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 No. Documento
 Fecha de Nacimiento
 Sexo
 Dirección Domicilio
 Departamento Cod. Teléfono
 Municipio Cod.
 Zona
 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

Descripción Breve del Evento Catastrófico o Accidente de Tránsito
 Enuncie las principales características del evento / accidente: _____



REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Resolución 01915 28 MAY 2008

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

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

V DATOS DE PROPIETARIO DEL VEHICULO

1er Apellido o Razón Social: 2do. Apellido:

1er Nombre: 2do. Nombre:

Tipo de Documento: CC CE PA NIT TI RC No. Documento:

Dirección Residencia:

Departamento: Cod. Teléfono o Celular:

Municipio: Cod.

VI DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO

1er Apellido del Conductor: 2do. Apellido del conductor:

1er Nombre del Conductor: 2do. Nombre del Conductor:

Tipo de Documento: CC CE PA TI AS No. Documento:

Dirección Residencia:

Departamento: Cod. Teléfono o Celular:

Municipio: Cod.

VII. AMPAROS QUE RECLAMA

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

Concepto Reclamado	X	Valor Reclamado
Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/>	
Muerte de la Víctima	<input type="checkbox"/>	
Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/>	

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 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

Impresión Dactilar

