



REPUBLICA DE COLOMBIA
 ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES
 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

PARTE A

Fecha de radicación: No. Radicación: Espacio para colocar el sticker de radicación

No. Radicación anterior:

I. DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA RECLAMACIÓN

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE PA PE PT No. de documento:

Dirección Domicilio:

Correo Electrónico:

Departamento: Teléfono:

Municipio: Celular:

Cuenta bancaria Banco Tipo de cuenta

Parentesco o relación con la víctima: Padres Cónyuge Compañero (a) permanente
 Hijos Hermanos Representante Legal

II. DATOS DEL APODERADO (ABOGADO CON PODER PARA TRAMITAR LA RECLAMACIÓN)

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE No. de documento:

Dirección:

Correo Electrónico:

Departamento: Teléfono:

Municipio: Tarjeta Profesional

III. DATOS DE LA VÍCTIMA DEL EVENTO CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRÁNSITO

1er Apellido 2do Apellido

1er Nombre 2do Nombre

Tipo de documento: CC CE CD PA SC PE RC TI CN DE No. de documento:

Fecha de nacimiento: Sexo: M F O

Dirección domicilio:

Departamento: Municipio:

Zona: U R

Condición del accidentado: Conductor Peatón Ocupante Ciclista Teléfono:

Fecha en caso muerte:

IV. 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 Tornado
 Avalancha Deslizamiento de tierra Incendio natural Rayo Vendabal

Terroristas: Explosión Masacre Mina antipersonal Incendio Ataque a municipios Combate

Otros: Cuát:

Dirección de la ocurrencia:

Fecha evento/accidente: Hora:

Departamento: Municipio:

Descripción breve del evento catastrófico o accidente de tránsito
 Enuncie las principales características del evento / accidente: _____

V. INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Estado de aseguramiento: Asegurado No asegurado Vehículo fantasma Póliza falsa

Marca: Placa:

Tipo de servicio: Automóvil Bus Buseta Camión Camioneta Campero Microbus Tractocamión
 Motocicleta Motocarro Mototriciclo Cuátrimoto Moto Extranjera Vehículo Extranjero

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 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 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 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

Total folios: