

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: