

## QBE SEGUROS S.A.

ENVIAR LOS DOCUMENTOS A LA CALLE 94 A No 13-42 OFICINA  
401 BOGOTA D. C . TEL 6283600 – 6283624 ETX 153










LOS DOCUMENTOS POR FAVOR DIRIGIRLOS A NOMBRE DE  
SANDRA PATRICIA PEDROZA EJECUTIVA DE SOAT.

### **NOTA:**

ADJUNTO A LOS DOCUMENTOS DEBE ENVIAR UNA CERTIFICACIÓN  
BANCARIA DE LA CUENTA EN LA CUAL DESEA QUE SE LE  
CONSIGNE LA INDEMNIZACIÓN: LA CUENTA DEBE ESTAR A  
NOMBRE DEL BENEFICIARIO O DEL APODERADO DEL PAGO EN  
CASO DE SER APROBADA LA RECLAMACIÓN.

**DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA RECLAMAR ANTE LA COMPAÑÍA  
QBE SEGUROS S.A.**

DOCUMENTOS	INDEMNIZACIÓN POR MUERTE	GASTOS FUNERARIOS
Formulario Único de Reclamación de Personas Naturales <b>FURPEN completamente diligenciado</b> , con letra legible y firmado por el reclamante.	✓	✓
Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio	✓	✓
Fotocopia del Documento de Identidad de la víctima	✓	✓
Denuncia o certificación de Fiscalía donde mencione el lugar (Vía pública, privada o sitio privado con acceso al público) y fecha exacta del accidente, características del vehículo involucrado, condición de la víctima (ocupante o peatón) y una breve descripción de los hechos.	✓	✓
Registro Civil de Defunción de la víctima, en <b>copia auténtica</b> expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribió la defunción.	✓	✓
Dos (2) declaraciones extrajuicio en <b>original o copia autenticada del original</b> , rendidas ante notario público, por personas diferentes a familiares, donde mencionen : - Estado civil de la víctima al momento de su fallecimiento, utilizando (soltero, soltero con unión marital de hecho, casado, divorciado, viudo). - La existencia de hijos reconocidos o por reconocer. - Con quién convivió y por cuanto tiempo al momento de su fallecimiento. - Si existen o no vínculos matrimoniales anteriores sin liquidar. - La existencia de personas con mejor o igual derecho a reclamar que los mencionados como beneficiarios.	✓	
Registro Civil de Matrimonio de la víctima (si era casada), en <b>copia auténtica</b> expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribió el matrimonio, con certificación de notas marginales (divorcio y/o liquidación sociedad conyugal) si es del caso.	✓	
Si la víctima era <b>soltera</b> , es decir, si <b>nunca contrajo matrimonio</b> , debe aportar <b>copia auténtica</b> del registro civil de nacimiento con certificación de notas marginales, expedido por la Notaría o Registraduría donde se inscribió su nacimiento. Aún si a la fecha convivía en unión marital de hecho	✓	
Registro Civil de Nacimiento de cada uno de los hijos de la víctima, en <b>copia auténtica</b> expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribieron los nacimientos.	✓	
Si la víctima era soltera <b>con unión marital de hecho</b> , deberá acreditar tal calidad, aportando cualquiera de los documentos descritos en el numeral 2 de la Ley 979 del 2005, según el caso: A.- Si en vida de la víctima declararon la unión marital de hecho, mediante de conciliación o escritura pública, aportar copia. B. Si la víctima falleció sin declarar la unión marital de hecho, aportar sentencia judicial de declaratoria de unión marital de hecho.	✓	

<p>Si la víctima era soltera <b>sin unión marital de hecho</b>, y no tiene hijos, corresponde a los <b>padres</b> este beneficio para lo cual deberán aportar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Copia auténtica del registro civil de nacimiento de la víctima expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribió el nacimiento.</li> <li>-Dos (2) declaraciones extrajuicio en <b>original o copia autenticada del original</b>, rendidas ante notario público, por personas diferentes a familiares, donde mencionen : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado civil de la víctima al momento de su fallecimiento, utilizando (soltero, soltero con unión marital de hecho, casado, divorciado, viudo).</li> <li>- La existencia de hijos reconocidos o por reconocer.</li> </ul> </li> </ul> <p>Con quién convivió y por cuanto tiempo al momento de su fallecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si existen o no vínculos matrimoniales anteriores sin liquidar.</li> <li>- La ex</li> </ul>		
<p>Si la víctima era soltera <b>sin unión marital de hecho, sin hijos y con padres fallecidos</b>, corresponde a los <b>hermanos</b> este beneficio para lo cual deberán aportar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Copia auténtica del registro civil de nacimiento de la víctima y de cada uno de los hermanos, expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribieron los nacimientos.</li> <li>-Dos (2) declaraciones extrajuicio en <b>original o copia autenticada del original</b>, rendidas ante notario público, por personas diferentes a familiares, donde mencionen : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado civil de la víctima al momento de su fallecimiento, utilizando (soltero, soltero con unión marital de hecho, casado, divorciado, viudo).</li> <li>- La existencia de hijos reconocidos o por reconocer.</li> </ul> </li> </ul> <p>Con quién convivió y por cuanto tiempo al momento de su fallecimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si existen o no vínculos matrimoniales anteriores sin liquidar.</li> <li>- La ex</li> </ul>		
<p>Acta de Levantamiento del Cadáver o Protocolo de Necropsia, donde se determine causa de la muerte.</p>		
<p>Poder** (es) amplio (s) y suficiente (s), donde se faculte al apoderado, familiar o beneficiario a efectuar la reclamación ante nuestra compañía por el amparo reclamado, indicando a nombre de quién se debe girar el cheque y a quién entregar; en documento original con diligencia de reconocimiento de contenido y firmas ante Notario público, preferiblemente aportando copia del documento de identidad de quienes intervienen en la diligencia. <b>Para efecto de poder cumplir con requerimiento de la DIAN se debe incluir dentro del poder la siguiente información de cada uno de los beneficiarios que otorgan el poder: Nombre completos, identificación, dirección, ciudad, teléfono, actividad económica.</b></p>		
<p>Las demás pruebas supletorias del estado civil según sea el caso*</p>		
<p>Facturas*** originales pagadas, con la descripción de cada uno de los servicios prestados y valor unitario y total</p>		
<p>Autorización o poder en original otorgado por un familiar al interesado en el cobro de los gastos funerarios, con diligencia de reconocimiento de contenido y firmas</p>		
<p>Si la víctima <b>NO</b> se encontraba afiliada a ningún fondo de pensiones y cesantías o ARP, aportar declaración extrajuicio rendida ante Notario Público, manifestando esta situación bajo la gravedad de juramento.</p>		

Solicitud especificando forma de pago, puede ser:	1.-	✓	✓
Cheque	2.-		
Transferencia bancaria especificando, numero de cuenta, tipo de cuenta y nombre del titular. ( En este caso adjuntar certificación del banco con la información de cuenta y formato de autorización transferencia bancaria)	3.-		
Ventanilla			

**IMPORTANTE:**

**IMPORTANTE PARA RECLAMAR GASTOS FUNERARIOS:** Si la víctima se encontraba afiliada a un fondo de pensiones y cesantías o ARP, tenga en cuenta que deberá reclamar directa y únicamente a la entidad que corresponda, por este amparo.

\* En caso de que los nacimientos, defunciones y/o matrimonios hayan ocurrido **antes de 1938**, se podrá presentar partida eclesíastica para Si la víctima nació después de 1938 y falleció sin inscribir su nacimiento, cualquiera de los interesados deberá realizar inscripción

\*\* El poder solo es necesario cuando el (los) beneficiario (s) no pueda (n) presentar y/o tramitar la reclamación directamente.

**En caso de poderes otorgados en el exterior se debe tener en cuenta:**

- Si se otorgaron ante el Consulado de Colombia en ese país, deberá legalizarse ante el Ministerio de Relaciones Exteriores en Colombia,
- Si se otorgaron ante Notario de otro país, deberá apostillarse antes de enviarlo a Colombia, ante la autoridad competente en cada país
  - En cualquiera de estos casos si el poder se otorgó en idioma diferente al español, deberá presentarse traducido a nuestro idioma, por traductor oficial acreditado en Colombia ante el Ministerio de Relaciones Exteriores.

\*\*\* Las facturas deben cumplir con los requisitos exigidos por la Dian y contar con sello de cancelado.

Los documentos deben ser radicados en la siguiente dirección  
**Calle 94 A 13-42 Oficina 401 en Bogotá, D.C. Teléfono: 6343850**

## DOCUMENTOS QUE SE DEBEN PRESENTAR PARA RECLAMAR ANTE LA COMPAÑÍA QBE SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS	GASTOS MEDICOS	GASTOS DE TRANSPORTE	INCAPACIDAD PERMANENTE
Formulario Único de Reclamación (FURIPS - FURTRAN), debida y completamente diligenciado, con letra legible.	1	1	1
Fotocopia clara de la póliza de seguro obligatorio	1	1	1
Fotocopia del Documento de Identidad de la víctima (registro civil, Tarjeta de Identidad o Cédula).	1	1	1
Prueba de accidente representada en <b>cualquiera</b> de los siguientes documentos: 1.- Informe de Tránsito emitido por autoridad competente. 2.- Denuncia de la ocurrencia del accidente (Fiscalía). 3.- Certificado de atención médica a víctimas de accidentes de tránsito. (Sólo es necesario <del>aportar uno de los anteriores</del> )	1	1	1
<b>Personas Jurídicas:</b> Facturas* originales de la entidad que presta el servicio de salud, con la descripción de cada uno de los servicios prestados, codificados y tarifados de acuerdo al decreto 2423/96 (Manual Tarifario SOAT). <b>Personas Naturales:</b> factura (s) originales con sello de cancelado y a nombre de la víctima	1	1	
Ordenes y soportes médicos donde se especifique el diagnóstico y el tratamiento realizado (epicrisis, remisiones, <u>valoraciones, ordenes médicas, etc.</u> )	1		1
Calificación emitida por la junta de invalidez o en su defecto Última valoración emitida por Medicina Legal, donde determine las secuelas de carácter definitivo o <u>permanente</u> .			1
Poder** (es) amplio (s) y suficiente (s), donde se faculte al apoderado, familiar o beneficiario a efectuar la reclamación ante nuestra compañía por el amparo reclamado, indicando a nombre de quién se debe girar el cheque y a quién entregar; en documento original con diligencia de reconocimiento de contenido y firmas ante Notario público, preferiblemente aportando copia del documento de identidad de quienes intervienen en la diligencia. <b>Para efecto de poder cumplir con requerimiento de la DIAN se debe incluir dentro del poder la siguiente información de cada uno de los beneficiarios que otorgan el poder: Nombre completos, identificación, dirección, ciudad, teléfono, actividad económica.</b>	1	1	1
Formulario Anexo de instituciones debidamente diligenciado, especificando tipo de traslado y el recorrido firmado por el funcionario de la institución que autoriza el traslado.		1	

\* Las facturas deben cumplir con los requisitos exigidos por la Dian y contar con sello de cancelado.

\*\* El poder solo es necesario cuando el beneficiario no pueda presentar y/o tramitar la reclamación directamente.

**En caso de poderes otorgados en el exterior se debe tener en cuenta:**

- Si se otorgaron ante el Consulado de Colombia en ese país, deberá legalizarse ante el Ministerio de Relaciones Exteriores en Colombia, antes de presentarlo a la aseguradora
- Si se otorgaron ante Notario de otro país, deberá apostillarse antes de enviarlo a Colombia, ante la autoridad competente en cada país
- En cualquiera de estos casos si el poder se otorgó en idioma diferente al español, deberá presentarse traducido a nuestro idioma, por traductor oficial acreditado en Colombia ante el Ministerio de Relaciones Exteriores.

Los documentos deben ser radicados en la siguiente dirección  
Calle 94 A 13-42 Oficina 401 en Bogota, D.C. Teléfono: 6343850



REPUBLICA DE COLOMBIA  
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
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:   
 No. Radicado Anterior:   
 No. Radicado:

**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  Ataque a Municipios   
 Otra:  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:  
 Enumere 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:



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**MINISTERIO DE LA 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**

**DATOS DE PROPIETARIO DEL VEHICULO**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>1er Apellido o Razón Social</small>	<small>2do. Apellido</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>1er Nombre</small>	<small>2do. Nombre</small>
Tipo de Documento <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> RC</span>	No. Documento <input type="text"/>
Dirección Residencia <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/> Teléfono o Celular <input type="text"/>
Municipio <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/>

**DATOS DEL CONDUCTOR DEL VEHICULO**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>1er Apellido del Conductor</small>	<small>2do. Apellido del conductor</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>1er Nombre del Conductor</small>	<small>2do. Nombre del Conductor</small>
Tipo de Documento <span style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> AS</span>	No. Documento <input type="text"/>
Dirección Residencia <input type="text"/>	
Departamento <input type="text"/>	Cod. <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Municipio <input type="text"/>	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 checked="" 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 declaro 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.

<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px;"></div>
<small>Firma del Reclamante</small>	<small>Impresión Dactilar</small>