

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 FURPEN completamente diligenciado , 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 copia auténtica expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribió la defunción.	✓	✓
Dos (2) declaraciones extrajudicio en original o copia autenticada del original , 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 copia auténtica 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 soltera , es decir, si nunca contrajo matrimonio , debe aportar copia auténtica 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 copia auténtica expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribieron los nacimientos.	✓	
Si la víctima era soltera con unión marital de hecho , 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 sin unión marital de hecho, y no tiene hijos, corresponde a los padres este beneficio para lo cual deberán aportar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Copia auténtica del registro civil de nacimiento de la víctima expedida por la Notaría o Registraduría donde se inscribió el nacimiento. -Dos (2) declaraciones extrajuicio en original o copia autenticada del original, rendidas ante notario público, por personas diferentes a familiares, donde mencionen : <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	✓	
<p>Si la víctima era soltera sin unión marital de hecho, sin hijos y con padres fallecidos, corresponde a los hermanos este beneficio para lo cual deberán aportar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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. -Dos (2) declaraciones extrajuicio en original o copia autenticada del original, rendidas ante notario público, por personas diferentes a familiares, donde mencionen : <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	✓	
<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. 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.</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 NO 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 eclesiástica para **Si la víctima nació después de 1938 y falleció sin incribir 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 Bogota, 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 cualquiera 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 <u>aportar uno de los anteriores</u>)	1	1	1
Personas Jurídicas: 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). Personas Naturales: 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, valoraciones, ordenes médicas, etc.)	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. 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.	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 Bogotá, D.C. Teléfono: 6343850



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

Fecha Radicación: No. Radicado:

No. Radicado Anterior:

I. DATOS DE LA PERSONA QUE RECLAMA

Ter Apellido: 2do. Apellido:

Ter 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 CATASTRÓFICO O ACCIDENTE DE TRANSITO

Ter Apellido: 2do. Apellido:

Ter Nombre: 2do. Nombre:

Tipo de Documento: CC CP PA TI RC AS MB 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

Otro: 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 Faltas:



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"/>
<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: CC CE PA MT TI RC	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: CC CE PA TI AB	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 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;"/>	<small>Firma del Reclamante</small>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 50px; margin: 0 auto;"></div>
	<small>Impresión Dactilar</small>	