



**FORMATO UNICO
MATRIZ DE
DOCUMENTOS PARA
PRESENTACION DE
RECLAMACIONES SOAT**

CODIGO

FECHA DE VIGENCIA 04 DE MAYO DE 2014

VERSION 1

PAGINA 1 DE 5

TIPO DE INDEMNIZACION	GASTOS MEDICOS QUIRURGICO HOSPITALARIO	INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
TOPES	HASTA 500 SMLDV	180 SMLDV	750 SMLDV	HASTA 10 SMLDV
LEGITIMO PARA RECLAMAR	Prestadores de Servicios de Salud debidamente inscritos ante el Registro Especial de Prestadores de Salud http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/	Victima que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia	Persona natural que acredite la condición de beneficiario	Persona natural o jurídica que acredite haber prestado el servicio
SOPORTES				
Formulario de reclamaciones para Personas Jurídicas (FURIPS) y Naturales (FURPEN) completamente diligenciado, legible, sin enmendaduras, firmado por quien reclama y con versión clara de los hechos (En Original).	FURIPS	FURPEN	FURPEN	FURTRAN
Original de la factura (referencia, contra referencia, transporte, Medicamentos, procedimientos, etc.) emitida por el prestador de servicios de salud, empresas de transporte o empresas funerarias que cumpla con los requisitos del artículo 617 del Estatuto Tributario. Cuenta de cobro para las Empresas Sociales del Estado y personas naturales, a cargo del Asegurador, en la que consten los servicios reclamados. La factura incluirá aquellos servicios prestados por otro prestador, en virtud de la utilización de los esquemas de referencia y contra-referencia.	X			X
Factura original expedida por la entidad que prestó los servicios funerarios con sello de cancelado.			Factura a cargo de quien realiza la erogación	
Fotocopia del documento de identidad del reclamante y del accidentado nítida y ampliada al 150%	X (Opcional - No causal de rechazo).	X (Opcional - No causal de rechazo).	X (Opcional - No causal de rechazo).	Es obligatorio cuando quien reclama es persona natural
Fotocopia de la póliza SOAT.	X (Opcional - No causal de rechazo).	X (Opcional - No causal de rechazo).	X (Opcional - No causal de rechazo).	X (Opcional - No causal de rechazo).
Copia de la Epicrisis o historia clínica de la víctima.	X	X	En los casos en que la víctima hubiere sido atendida antes de su deceso	
Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud - RIPS.	X (Opcional - No causal de rechazo).			X (Opcional - No causal de rechazo).
Informe de tránsito, certificación, o denuncia de la ocurrencia de los hechos expedida por la autoridad competente.	Siniestros anteriores al 9 de enero de 2011 es OBLIGATORIO y para Siniestros a partir del 9 de enero de 2011 es OPCIONAL	X	X	X
Si la reclamación se tramita a través de apoderado, debe aportar poder original con reconocimiento de firmas y contenido ante notaría por los beneficiarios y/o reclamantes	X	X	X	X
Certificado de defunción Forma DANE IP 25-1V88 y Registro Civil de Defunción expedido por el Notario			X	
Certificación de la Fiscalía en la cual curse el proceso de muerte, con identificación y la condición de la víctima (peatón, ocupante o conductor, en el caso de las dos últimas condiciones informar en que vehículo se desplazaba), vehículos involucrados y póliza afectada.			X	



**FORMATO UNICO
MATRIZ DE
DOCUMENTOS PARA
PRESENTACION DE
RECLAMACIONES SOAT**

CODIGO

FECHA DE VIGENCIA 04 DE MAYO DE 2014

VERSION 1

PAGINA 2 DE 5

TIPO DE INDEMNIZACION	GASTOS MEDICOS QUIRURGICO HOSPITALARIO	INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
TOPES	HASTA 500 SMLDV	180 SMLDV	750 SMLDV	HASTA 10 SMLDV
LEGITIMO PARA RECLAMAR	Prestadores de Servicios de Salud debidamente inscritos ante el Registro Especial de Prestadores de Salud http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/	Victima que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia	Persona natural que acredite la condición de beneficiario	Persona natural o jurídica que acredite haber prestado el servicio
SOPORTES				
Original o fotocopia del dictamen de incapacidad permanente, expedido por las Juntas de Calificación de Invalidez, ARP, AFP, o EPS. En caso de que el reclamante demuestre falta de capacidad económica para aportar el dictamen emitido por la Junta de Calificación de Invalidez, la compañía realizara una valoración de acuerdo a la historia clínica y documentos aportados para otorgar el porcentaje de incapacidad según las tablas de discapacidad vigentes.		X		
Acta de levantamiento de cadáver cuando la muerte se haya producido en el lugar del accidente (No genera rechazo del pago).			X	
ACREDITACION DEL O LOS BENEFICIARIO(S)				
Si el reclamante es el cónyuge sobreviviente, debe anexar:				
Copia autentica del registro civil de matrimonio.			X	
Copia autentica del registro civil de nacimiento de los hijos (si los hubo), para acreditar parentesco.			X	
Declaración Extra-juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocida o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieran herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado. (anexar carta de exoneración)			X	
Si el reclamante es el (la) compañero(a) permanente, debe anexar:				
Copia autentica de los registros civiles de nacimiento de los hijos (si los hubo), para acreditar parentesco.			X	
Declaración Extra-juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocidos o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieran herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado. (Anexar carta de exoneración)				



**FORMATO UNICO
MATRIZ DE
DOCUMENTOS PARA
PRESENTACION DE
RECLAMACIONES SOAT**

CODIGO

FECHA DE VIGENCIA 04 DE MAYO DE 2014

VERSION 1

PAGINA 3 DE 5

TIPO DE INDEMNIZACION	GASTOS MEDICOS QUIRURGICO HOSPITALARIO	INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
TOPES	HASTA 500 SMLDV	180 SMLDV	750 SMLDV	HASTA 10 SMLDV
LEGITIMO PARA RECLAMAR	Prestadores de Servicios de Salud debidamente inscritos ante el Registro Especial de Prestadores de Salud http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/	Victima que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia	Persona natural que acredite la condición de beneficiario	Persona natural o jurídica que acredite haber prestado el servicio
SOPORTES				
Declaración Extra- juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocidos o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieren herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado. (Anexar carta de exoneración)			X	
Sentencia judicial, escritura pública o Conciliación extrajudicial en donde se declare la unión marital de hecho (Ley 979 de 2005 Art 2 y Ley 54 del 90).			X	
Si el beneficiario es un hijo de la víctima debe anexar:				
Copia autentica del registro civil de nacimiento de los hijos, para acreditar parentesco.			X	
Copia autentica del registro civil de defunción de los padres, o poder otorgado por el padre sobreviviente autorizando al hijo para reclamar la indemnización.			X	
Declaración Extra- juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocidos o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieren herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran a SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado. (Anexar carta de exoneración)			X	
En caso de que alguno de los hijos radique la reclamación por la totalidad de los beneficiarios, este deberá aportar poder autenticado por parte de los demás hermanos, el cual puede ser otorgado de forma grupal o individual.			X	
Si el beneficiario es un menor de edad, la reclamación debe ser presentada por su representante legal.			X	
Si el reclamante es un hijo menor de edad a través de un representante legal, curador o tutor, debe anexar:				
Registro civil de nacimiento de la víctima, que acredite parentesco Autentico (Copia fiel).			X	
Copia autentica del Registro Civil de defunción de los padres.			X	



**FORMATO UNICO
MATRIZ DE
DOCUMENTOS PARA
PRESENTACION DE
RECLAMACIONES SOAT**

CODIGO

FECHA DE VIGENCIA 04 DE MAYO DE 2014

VERSION 1

PAGINA 4 DE 5

TIPO DE INDEMNIZACION	GASTOS MEDICOS QUIRURGICO HOSPITALARIO	INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
TOPES	HASTA 500 SMLDV	180 SMLDV	750 SMLDV	HASTA 10 SMLDV
LEGITIMO PARA RECLAMAR	Prestadores de Servicios de Salud debidamente inscritos ante el Registro Especial de Prestadores de Salud http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/	Victima que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia	Persona natural que acredite la condición de beneficiario	Persona natural o jurídica que acredite haber prestado el servicio
SOPORTES				
Declaración Extra-juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocida o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieran herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado.			X	
Sentencia o acta donde conste o acredite su calidad como curador o tutor del menor.			X	
Si el beneficiario es el padre o madre de la víctima, debe anexar:				
Registro civil de nacimiento de la víctima, que acredite parentesco Autentico (Copia fiel).			X	
Declaración Extra- juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocida o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieran herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado.			X	
Excepción. Para menores de 10 años la carta de exoneración no es de obligatorio cumplimiento, así mismo la declaración no deberá manifestar el estado civil del menor al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocida o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos).			X	
En caso de presentar una única reclamación por ambos padres, uno de ellos deberá conceder poder autenticado al otro donde autorice reclamar la totalidad de la indemnización; en caso de fallecimiento de uno de ellos, deberá aportar el registro civil de defunción.			X	
Si el beneficiario es un hermano de la víctima, debe anexar:				
Copia autentica del registro civil de nacimiento de la víctima y del reclamante, para acreditar parentesco.			X	



**FORMATO UNICO
MATRIZ DE
DOCUMENTOS PARA
PRESENTACION DE
RECLAMACIONES SOAT**

CODIGO

FECHA DE VIGENCIA 04 DE MAYO DE 2014

VERSION 1

PAGINA 5 DE 5

TIPO DE INDEMNIZACION	GASTOS MEDICOS QUIRURGICO HOSPITALARIO	INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PERMANENTE	INDEMNIZACION POR MUERTE DE LA VICTIMA	INDEMNIZACION POR GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACION DE VICTIMAS AL CENTRO ASISTENCIAL
TOPES	HASTA 500 SMLDV	180 SMLDV	750 SMLDV	HASTA 10 SMLDV
LEGITIMO PARA RECLAMAR	Prestadores de Servicios de Salud debidamente inscritos ante el Registro Especial de Prestadores de Salud http://www.minproteccionsocial.gov.co/habilitacion/	Victima que hubiere perdido de manera no recuperable la función de una o unas partes del cuerpo que disminuyan la potencialidad del individuo para desempeñarse laboralmente, calificada como tal de conformidad con las normas vigentes sobre la materia	Persona natural que acredite la condición de beneficiario	Persona natural o jurídica que acredite haber prestado el servicio
SOPORTES				
Copia autentica de los registros civiles de defunción de los padres.			X	
Declaración Extra-juicio en original rendida ante notario público y por los beneficiarios de la víctima, donde, bajo la gravedad de juramento, se manifieste el estado civil al momento de la muerte (debe usar soltero, soltero con o sin unión marital, casado, divorciado etc.), informando si dejó o no descendencia (hijos) reconocida o por reconocer (nombrando a cada uno de ellos). Igualmente debe manifestarse que quienes declaran son los únicos herederos y no conocen de la existencia de otros con igual o mejor derecho para reclamar la indemnización por muerte derivada de la citada póliza. En el evento en que aparecieren herederos con igual o mejor derecho, se comprometen los beneficiarios al pago de la indemnización que les corresponda, en la proporción adecuada y exoneran SEGUROS GENERALES SURAMERICANA. S.A. de cualquier reclamación posterior que se haga en este sentido, asumiendo la responsabilidad por lo declarado.			X	
En caso de que alguno de los hermanos radique la reclamación por la totalidad de los beneficiarios, este deberá aportar poder autenticado de los otros hermanos de la víctima para el cobro, ya sea de forma grupal o individual.			X	
Si quien reclama los gastos funerarios es una funeraria o un tercero, debe anexar:				
Poder otorgado a la funeraria por parte de quien ordenó el servicio.			X	

Bogota D.C., _____

Señores

COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.

Ciudad

Referencia: Pago siniestro SOAT Occiso

Respetados señores:

Yo, _____, mayor de edad domiciliado en la ciudad de _____, actuando en nombre propio y en calidad de beneficiario del occiso _____, por medio del presente documento hago constar que he recibido de la **COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SEGUROS S.A.**, la suma de \$ _____, correspondiente a la indemnización por el amparo de **MUERTE** del citado señor (a), cubierta por la póliza de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito No. _____, como consecuencia del accidente ocurrido el día ____ del mes de _____ de 20__, en la ciudad de _____.

Igualmente, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no conozco herederos a quienes les asista igual o mayor derecho en relación con dicha indemnización y me hago responsable en caso que aparecieran otros reclamantes con igual derecho.

Atentamente,

Firma: _____

Nombre: _____

C.C. No. _____