



**DECLARACIÓN PARA RECLAMAR EL SEGURO
DE DESGRAVAMEN POR LA COBERTURA DE
INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

El plazo para la presentación del reclamo no debe exceder de 60 días hábiles después de la fecha de declaración de la Invalidez Total y Permanente del asegurado.

1. Fecha: _____
2. Número de caso de FHA: _____
3. Nombre del asegurado: _____
Correo electrónico: _____ Número telefónico: _____
4. Lugar y fecha de la Declaración de la Invalidez Total y Permanente: _____
5. ¿Qué enfermedad o lesión sufrió? _____
6. ¿Cuál es su ocupación? _____

7. ¿Ha padecido antes de la misma enfermedad?, indicar fecha: _____
8. ¿Si fue a consecuencia de un accidente, indique cómo ocurrió? Indique detalles completos: _____

9. Indicar fecha en la cual dejó de trabajar: _____
10. Fecha del primer tratamiento médico: _____
11. Fecha en que fue declarada la Invalidez Total y Permanente: _____
12. Indicar nombre, dirección y teléfono del médico: _____

13. Fecha de última cuota pagada: _____ correspondiente al mes de: _____

Completar la siguiente información en caso el Asegurado no pueda apersonarse:

Nombre: _____
Parentesco: _____
Teléfono _____ Correo electrónico _____
Documento de Identificación: _____

Por medio de la presente declaro **BAJO JURAMENTO** que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre la que se presenta la reclamación del Seguro de Desgravamen. Por la presente autorizo a cualquier médico colegiado activo, hospital o sanatorio para que proporcione al FHA la información que solicite con respecto al tratamiento, examen, u hospitalización que yo haya recibido.

Firma: _____