



CHECK LIST DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS PARA RECLAMO POR LA COBERTURA DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Caso: _____ Asegurado: _____

DPI: _____ Fecha de recepción del expediente: _____

Fecha de vencimiento del plazo para la presentación del reclamo: _____

Cobertura de Invalidez Total y Permanente

Plazo para la presentación de la documentación: 60 días hábiles siguientes al acaecimiento del siniestro

- Formulario de declaración para reclamar el seguro de desgravamen por invalidez total y permanente.
- Resolución emitida por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, cuando el asegurado goce de la cobertura de dicha Institución, que determine la declaración oficial de invalidez total y permanente. No obstante, lo anterior, para el inicio del trámite administrativo en caso de no contar aún con la resolución relacionada, se podrá presentar la solicitud del inicio del trámite ante el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-. En este caso, el expediente quedará en estatus suspendido hasta la presentación de la resolución referida.
- En los casos que el asegurado no goce de la cobertura del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-, un certificado emitido por un médico especialista, colegiado activo designado por el FHA, que acredite la invalidez total y permanente (aplica para trabajadores independientes)
- Copia del Documento Personal de Identificación del Asegurado.
- Estado de cuenta emitido por la entidad aprobada.
- Formulario electrónico de información de cliente -FEIC- actualizado.

El FHA se reserva el derecho de solicitar la información adicional y/o realizar las verificaciones que estime pertinente, previo a autorizar la liquidación de siniestro que corresponda.

Al recibir la documentación, la misma queda sujeta a análisis de acuerdo con las condiciones contenidas en la Resolución 285-2023 de Junta Directiva REGLAMENTO PARA LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN CON ANEXO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE Y AUSENCIA INVOLUNTARIA Y TEMPORAL DE GENERACIÓN DE INGRESOS.

F _____
Nombre y firma de la persona que presenta el reclamo

Número telefónico