



DECLARACIÓN PARA RECLAMAR EL SEGURO DE DESGRAVAMEN POR FALLECIMIENTO

Importante: El plazo para la presentación del reclamo no debe exceder de 60 días hábiles contados a partir del día siguiente a la fecha del fallecimiento.

Fecha: _____

1. Número de Caso FHA: _____
2. Nombre del Deudor _____
3. Lugar y fecha de defunción del asegurado: _____
4. Causa de Muerte _____
5. Detalle del Siniestro: _____

6. Fecha de consulta al médico por primera vez con motivo de su última enfermedad:

7. Fecha de consulta al médico por última vez con motivo de su última enfermedad:

8. Fecha de los primeros síntomas de la enfermedad que causó la muerte:

Nombre de la persona que presenta el reclamo: _____

Parentesco con el fallecido: _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Documento de Identificación: _____

Dirección física para Notificación _____

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.

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