



**DECLARACIÓN PARA RECLAMAR
EL SEGURO DE DESGRAVAMEN POR AUSENCIA
INVOLUNTARIA Y TEMPORAL DE GENERACIÓN DE
INGRESOS -AITGI- CAUSADA POR LA PERDIDA
INJUSTIFICADA DE EMPLEO**

Importante: El plazo para la presentación del reclamo no debe exceder de 60 día hábiles de la ocurrencia del evento.

Lugar y fecha: _____

1. Número de caso de FHA: _____

2. Nombre del asegurado: _____

3. Fecha exacta de declaración de despido o pérdida de trabajo y nombre del puesto que ocupaba: _____

4. Fecha exacta de declaración de la invalidez temporal por enfermedad o accidente (aplica únicamente para profesionales independientes o comerciantes) _____

5. Detalle causa de la ausencia de generación de ingresos:

6. Último período de trabajo _____

7. Nombre, dirección y teléfono del patrono _____

8. Nombre, dirección y teléfono del médico tratante, (aplica únicamente para profesionales independientes o comerciantes) _____

9. Último Salario devengado y fecha: _____

10. Valor de la cuota mensual _____

Nombre _____

Teléfono _____ Correo electrónico _____

Dirección física para Notificación _____

Documento de identificación _____

Firma del asegurado