

Triton Insurance Company

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548

Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | insclaims@omf.com

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Protección de Protección de Garantía Información Importante

Solo para residentes de Arizona: "Para su protección, la legislación de Arizona exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que presente en forma intencional una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio está sujeta a cargos penales y civiles."

Solo para residentes de California: "Para su protección, la legislación de California exige que se incluya la siguiente declaración en este formulario. Toda persona que presente en forma intencional una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que proporcione en forma intencional información incorrecta en una solicitud de seguro, está cometiendo un delito y puede estar sujeta a multas y pena de prisión."

En caso de que la pérdida se deba a un hurto, el formulario de reclamación deberá firmarse en presencia de un representante de la sucursal O un notario público.

Firma del representante de sucursal: _____

Declaro que la información consignadas en esta Solicitud es verdadera y completa, según mi leal saber y entender.

Firmado ante mí, Notario Público en y para el Condado de _____ el _____ de 20____.

Mi designación caduca el _____ de 20____.

_____ Firma del Notario Público

_____ Sello

Solo para residentes de New York: "Toda persona que intencionalmente y con el propósito de estafar a una aseguradora u otra persona presente un formulario de seguro o declaración de reclamación que contenga información sustancialmente falsa o, con el objeto de engañar, oculte información sobre un hecho importante al respecto está incurriendo en un acto fraudulento de seguro, que es un delito, y también será sometida a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada violación."

Firma _____ Fecha (mm/dd/aa) _____

Solo para residentes de Pennsylvania: "Toda persona que, con conocimiento e intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación que contenga información, declaraciones o datos falsos, incompletos, engañosos o falaces, puede cometer un acto de fraude de seguros, que constituye un acto criminal y sujeta a dicha persona a cargos penales y civiles, que pueden incluir multas y pena de prisión."

Para residentes de otros estados (NOTA: Ninguno de estos avisos aplica a los residentes de Oregon): "Cualquier persona que, con intención de defraudar, presente a sabiendas una solicitud o un reclamo a una compañía de seguros o a otra persona que contenga hechos, declaraciones o información falsos, incompletos, engañosos o que induzcan a error, o cualquier representante de seguros que lo haga ante un titular de una póliza o un reclamante en relación con un acuerdo o una indemnización pagadera con cargo a los ingresos, podrá ser denunciado ante el departamento de agencias reguladoras y podrá ser culpable de fraude de seguros, lo que constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones civiles y penales que incluyen multas y encarcelamiento."

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - www.onemainsolutions.com - Find a Form

Triton Insurance Company

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548

Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | insclaims@omf.com

Asegurado: _____ N.º de reclamación: _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Protección de Protección de Garantía - Instrucciones

1

- 1. Complete toda la Sección para el Asegurado, fírmela y póngale la fecha.
- 2. Si el vehículo se puede conducir, proporcione fotografías claras de todas las áreas dañadas y 2 presupuestos de reparación diferentes.
- 3. Presente documentos que comprueben la fecha y la causa de la pérdida. Las pruebas pueden incluir:
 - Una copia del reporte policial
 - Una copia del reporte de incendio
 - Una copia del reporte de robo (obligatorio para todos los vehículos robados)
 - Una copia del reporte de recuperación

2

- Dependiendo de los requisitos de su Certificado de Seguro, es posible que se requiera información adicional sobre el reclamo.
- Es importante que presente los formularios de reclamo completados, firmados y con la fecha para evitar retrasos en el procesamiento de su reclamo. No se aceptan formularios de reclamo modificados.
- Tenga en cuenta que el correo electrónico no se considera un método de entrega seguro para la información personal/médica.

3

Envíenos el formulario de reclamo completo y los documentos de respaldo en una de las siguientes maneras:



Correo electrónico:

insclaims@omf.com

Asegúrese de incluir su nombre y número de cuenta/número de reclamo en la línea de asunto de su correo electrónico.



Subirlo en línea:

www.OneMainSolutions.com/forms



Correo: OneMain Solutions

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548



Fax: 800-350-9582

Estamos aquí para ayudar!

Nuestro equipo de Soluciones para el Cliente está disponible para ayudarlo de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., ET.



Llamada sin costo:

800-307-0048



Chat:

www.OneMainSolutions.com



Mensajes de

texto:

60223

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - www.onemainsolutions.com - Find a Form

Triton Insurance Company

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548

Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | insclaims@omf.com

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Protección de Garantía Sección para el Asegurado - Debe ser Completada por el asegurado.				
Nombre				
Dirección de correo postal		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico (opcional)		
Año del vehículo	Marca	Modelo		
Últimos 7 dígitos del VIN		Estado donde está registrado el vehículo		
¿Tiene este vehículo otra cobertura integral/contra colisiones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo, indicar el nombre de la compañía de seguros				
Nº de teléfono de la compañía de seguros		Número póliza		
Fecha de la pérdida (mm/dd/aa)				
Dirección donde ocurrió la pérdida		Ciudad	Estado	Código postal
¿Es posible conducir el vehículo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Fue el accidente responsabilidad de usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del establecimiento donde está actualmente el vehículo				
Dirección del establecimiento		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono del establecimiento				
Declaración detallada de las circunstancias en que se produjo el robo o la pérdida				

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - www.onemainsolutions.com - Find a Form

Triton Insurance Company

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548

Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | insclaims@omf.com

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Protección de Protección de Garantía Sección para el Asegurado - Debe ser Completada por el asegurado.			
¿Se notificó al departamento de policía/de bomberos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo, Número de informe del departamento de policía/de bomberos	
Nombre del departamento de policía/de bomberos		Ciudad	Estado
Sí otro vehículo estuvo involucrado, ¿estaba el otro vehículo asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió "sí", ¿quiere presentar un reclamo a la compañía de seguros del otro propietario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la compañía de seguros del otro propietario			
Número de teléfono de la compañía de seguros		Número de póliza	
Nombre del propietario del otro vehículo		Número de teléfono	
Dirección de correo		Ciudad	Estado Código postal
Nombre del testigo del accidente (Nombre-Segundo Nombre-Apellido)		Número de teléfono	
Dirección de correo		Ciudad	Estado Código postal
<i>Certifico que yo, el asegurado, no estaba usando el vehículo como transporte público ni de pasajeros, ni para actos fraudulentos ni delictivos voluntarios ni deliberados.</i>			
Firma _____		Fecha (mm/dd/aa) _____	
Confirmo que la información aquí indicada es correcta y está completa.			
Firma _____		Fecha (mm/dd/aa) _____	

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - www.onemainsolutions.com - Find a Form