

**American Health and Life Insurance Company**  
Suscrito y Administrado por: American Health and Life Insurance Company  
**Securian Life Insurance Company**  
Administrado por: OneMain Assurance Services, LLC  
P.O. Box 2548  
Fort Worth, TX 76113-2548  
Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | [insclaims@omf.com](mailto:insclaims@omf.com)

**Asegurado:** \_\_\_\_\_ **N.º de reclamación:** \_\_\_\_\_

**Nº de Cuenta/Política:** \_\_\_\_\_

**Formulario De Reclamación Por Incapacidad Continuo - 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."

**PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN**

Envíe el formulario completo a la compañía aseguradora lo antes posible y, una vez que lo haya hecho, hágaselo saber a su acreedor de inmediato. (Su acreedor ya le ha suministrado la dirección o el número de teléfono que debe utilizar para notificar que ya envió el formulario completo a la compañía aseguradora).

Si su seguro por incapacidad cubre todos los pagos atrasados, SU ACREEDOR NO PUEDE INTENTAR COBRARLE LA DEUDA O EJECUTAR LA GARANTÍA O RECUPERAR LA POSESIÓN DE NINGÚN BIEN AFECTADO EN GARANTÍA HASTA QUE HAYAN TRANSCURRIDO TRES MESES CALENDARIO del vencimiento del primer pago atrasado o hasta que la compañía aseguradora pague o rechace su reclamación, lo que ocurra primero. Sin embargo, su acreedor puede intentar cobrarle, ejecutar la garantía o recuperar la posesión del bien afectado en garantía si usted tiene pagos vencidos y adeudados o si se encuentra en otro tipo de situación de incumplimiento en el momento en que se realiza la reclamación por incapacidad, o bien si un acreedor prendario está por ejecutar el bien en cuestión o si se está por ejecutar una hipoteca preferente.

Si la compañía aseguradora paga la reclamación dentro de los tres meses calendario, su acreedor debe aceptar el dinero como si usted hubiera pagado en término. Si la compañía aseguradora rechaza la reclamación dentro de los tres meses calendario o acepta la reclamación dentro de los tres meses calendario como una incapacidad parcial y paga una suma menor que por una incapacidad total, usted tendrá 35 días a partir de la fecha en que se envió notificación de dicho rechazo o aceptación de la reclamación por incapacidad parcial para efectuar los pagos adeudados, o bien la diferencia entre los pagos adeudados y el monto que la compañía aseguradora paga por la incapacidad parcial, más los cargos por incumplimiento. Puede comunicarse con su acreedor para que le informe sobre el monto de su deuda. Una vez transcurrido ese tiempo, su acreedor puede tomar medidas para cobrarle o ejecutar la garantía o recuperar la posesión de cualquier bien afectado en garantía que usted haya proporcionado.

Si la compañía aseguradora acepta su reclamación pero le solicita que envíe formularios adicionales a fin de que pueda mantenerse en condiciones de elegibilidad para la continuación de los pagos, debe enviar estos formularios adicionales completos antes de la fecha que se indique. Si no envía estos formularios en el tiempo estipulado, la compañía aseguradora puede detener el pago y, en consecuencia, su acreedor podrá tomar medidas para cobrarle o ejecutar la garantía o recuperar la posesión de cualquier bien afectado en garantía que usted haya proporcionado.

**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](http://www.onemainsolutions.com) - Find a Form

**Asegurado:** \_\_\_\_\_ **N.º de reclamación:** \_\_\_\_\_

**Nº de Cuenta/Política:** \_\_\_\_\_

Formulario De Reclamación Por Incapacidad Continuo - Instrucciones	
1	<input type="checkbox"/> 1. Complete toda la Sección para el Asegurado, fírmela y póngale la fecha.  <input type="checkbox"/> 2. El médico que lo atiende debe completar la Sección para el Médico Tratante, firmarla, y escribir la fecha y sus iniciales.
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dependiendo de los requisitos de su Certificado de Seguro, es posible que se requiera información adicional sobre el reclamo.</li> <li>Para evitar demoras en el procesamiento de su reclamo, es importante enviar los formularios de reclamo completos, firmados y fechados una vez que se haya cumplido el período de espera inicial. No se aceptan formularios de reclamo con alteraciones.</li> <li><b>Se requerirá un formulario de reclamo continuo y documentación médica durante el período de su reclamo.</b></li> <li>Tenga en cuenta que el correo electrónico no se considera un método de entrega seguro para la información personal/médica.</li> </ul>
3	<p>Envíenos el formulario de reclamo completo y los documentos de respaldo en una de las siguientes maneras:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p> <b>Correo electrónico:</b>  <a href="mailto:insclaims@omf.com">insclaims@omf.com</a>            Asegúrese de incluir su nombre y número de cuenta/número de reclamo en la línea de asunto de su correo electrónico.</p> <p> <b>Correo:</b> OneMain Solutions            P.O. Box 2548            Fort Worth, TX 76113-2548</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p> <b>Subirlo</b> en línea:  <a href="http://www.OneMainSolutions.com/forms">www.OneMainSolutions.com/forms</a></p> <p> <b>Fax:</b> 800-350-9582</p> </div> </div> <div style="text-align: center; padding-top: 10px;"> <p><b>Estamos aquí para ayudar!</b>        Consulte nuestro sitio web para conocer las Preguntas Frecuentes (FAQ).        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.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <b>Llamada sin costo:</b>            800-307-0048         </div> <div style="text-align: center;">  <b>Chat:</b>  <a href="http://www.OneMainSolutions.com">www.OneMainSolutions.com</a> </div> <div style="text-align: center;">  <b>Mensajes de texto:</b>            60223         </div> </div> </div>

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - [www.onemainsolutions.com](http://www.onemainsolutions.com) - Find a Form

**American Health and Life Insurance Company**  
Suscrito y Administrado por: American Health and Life Insurance Company  
**Securian Life Insurance Company**  
Administrado por: OneMain Assurance Services, LLC  
P.O. Box 2548  
Fort Worth, TX 76113-2548  
Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | [insclaims@omf.com](mailto:insclaims@omf.com)

**Asegurado:** \_\_\_\_\_ **N.º de reclamación:** \_\_\_\_\_

**Nº de Cuenta/Política:** \_\_\_\_\_

<b>Formulario De Reclamación Por Incapacidad Continuo</b> <b>Sección para el Asegurado - Debe ser completada por el asegurado.</b>			
Dirección de correo completa	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono			
¿Ha vuelto a algún tipo de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, fecha que regresó (mm/dd/aa)	<input type="checkbox"/> Tareas normales <input type="checkbox"/> Tareas livianas
<b>Confirmo que la información aquí indicada es correcta y está completa.</b>			
Firma _____		Fecha (mm/dd/aa) _____	
<b>Sección para el Medico Tratante. - Debe ser completada por el medico tratante.</b> Completado sin costo para la compañía de seguros.			
Fecha en la que el paciente no pudo trabajar a causa de una discapacidad	Desde (mm/dd/aa)	Hasta (mm/dd/aa)	
Fecha del ultimo tratamiento (mm/dd/aa)			
Fecha(s) de diagnóstico y de cirugía(s) reciente(s)			
El paciente está <input type="checkbox"/> "totalmente discapacitado" (imposibilitado de realizar las tareas de su ocupación) <input type="checkbox"/> "parcialmente discapacitado" (puede realizar algunas de las tareas).			
Aproxímese la fecha que el paciente podrá regresar a trabajar (mm/dd/aa)			
<input type="checkbox"/> 2-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 7-12 meses <input type="checkbox"/> over 12 meses <input type="checkbox"/> Nunca regreso			
¿Siguió usted atendiendo al paciente durante este período de discapacidad?			
<b>El médico debe responder y escribir sus iniciales en la respuesta.</b> <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No _____			
Dirección de correo del médico	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico	
Nombre en letra de imprenta del médico			
Firma del medico tratante			Fecha (mm/dd/aa)

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - [www.onemainsolutions.com](http://www.onemainsolutions.com) - Find a Form

## **Aviso importante de OneMain Financial sobre los reclamos del seguro de crédito**

Si usted solicita beneficios del seguro de crédito de discapacidad o de desempleo involuntario, esto es lo que puede esperar a medida que su reclamo pasa por el proceso y lo que debe hacer para obtener el máximo de beneficios si se aprueba su reclamo.

Presente los Formularios de Reclamo Completos e incluya Toda la Documentación Necesaria.

Vea la página de Instrucciones para el formulario de reclamos para saber los requisitos.

### **Mientras espera**

Cuando presenta un reclamo, aún sigue siendo responsable de hacer sus pagos mensuales del préstamo. **Si programó que los pagos del préstamo fueran recurrentes, estos continuarán si no los detiene.**

Si presenta un reclamo, la compañía de seguros se comunicará con usted cuando se haya tomado una decisión.

Aunque la compañía de seguros se esfuerza por procesar los reclamos lo más pronto posible, algunas veces reunir la información toma tiempo. Si presentó un reclamo y lo aprobaron, la compañía de seguros nos pagará directamente sus beneficios. Esos pagos de beneficios se aplicarán a su cuenta el día en que se reciban, a menos que la ley exija lo contrario, durante el tiempo en que esté recibiendo los beneficios.

### **¿Necesita un reembolso?**

Si se aprueba un reclamo que usted presentó y hubiera hecho los pagos del préstamo por el período cubierto por la compañía de seguros dejando su cuenta pagada por adelantado, puede pedir a OneMain Financial que reembolse la cantidad pagada por adelantado. Si no lo hace, los beneficios del reclamo se aplicarán como pagos anticipados de su préstamo, lo que significa que podría cancelar el préstamo antes de que termine el plazo o antes de que haya recibido todos los beneficios potenciales del seguro de crédito.

Si estuviera en esa situación, puede solicitar un reembolso de la cantidad pagada por adelantado en su cuenta. Para solicitar un reembolso, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros contactando a la sucursal local de OneMain Financial o llamando al teléfono que está en su estado de cuenta.