

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 de pérdida Total por Protección de Garantía - Información Importante

Solo para residentes de Arizona: "Por su protección, las leyes del Estado de Arizona exigen que se incluya esta declaración en el formulario. Toda persona que intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir un pago por una pérdida será sometida a sanciones penales y civiles."

Solo para residentes de California: "Por su protección, las leyes del Estado de California exigen que se incluya lo siguiente en este formulario. Toda persona que intencionalmente presente una reclamación falsa o fraudulenta para recibir un pago por una pérdida o beneficio o que intencionalmente presente información falsa en un formulario de seguro es culpable de un delito y podrá ser sometida a multas y encarcelamiento."

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 el propósito de estafar, presente intencionalmente un formulario o una reclamación ante una aseguradora u otra persona, que contenga información, declaraciones o hechos falsos, incompletos, engañosos o insidiosos puede ser culpable de fraude de seguro, que es un delito y somete a la persona a sanciones civiles y penales, entre las que se incluyen multas y encarcelamiento."

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 de pérdida Total por Protección de Garantía - Instrucciones

1

- ☐ 1. Complete toda la Sección para el Asegurado, fírmela y póngale la fecha.
- ☐ 2. Adjunte una copia del informe de valoración del auto y la declaración de liquidación del seguro de la compañía de seguros principal.

2

- Dependiendo de sus requisitos de cobertura, es posible que se requiera documentación adicional.
- Es importante enviar un formulario de reclamo completamente llenado, firmado y fechado y la documentación requerida para evitar demoras en el procesamiento de su reclamo. Es posible que no se acepten formularios de reclamo alterados.
- 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 de pérdida Total por Protección de Garantía Sección para el Asegurado - Debe ser completada por el asegurado.			
Nombre			
Dirección de correo completa		Ciudad	Estado Código postal
Número de teléfono		Dirección de correo electrónico (opcional)	
Fecha de la pérdida (mm/dd/aa)		Tipo de pérdida (colisión, robo, otra)	
Marca del vehículo		Modelo del vehículo	
Año del vehículo		Últimos 7 dígitos del VIN	
¿Consideró la compañía de seguros que su vehículo sufrió una pérdida total? ☐ Sí ☐ No ☐ No se aplica			
Nombre de la compañía de seguros primaria que procesó la reclamación			
Nombre del ajustador		Número de teléfono del ajustador	
Nombre del titular de la póliza		Número de póliza	
Número de reclamación		Número de teléfono de la compañía de seguros	
Dirección de correo completa		Ciudad	Estado Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)			
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