

OneMain Alliance, LLC

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548

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

Prestatario: _____ N.º de reclamación: _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación de pérdida Total de adición por Protección de Garantía Instrucciones

1

- ☐ 1. Complete, firme y feche la Sección del prestatario.
- ☐ 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

OneMain Alliance, LLC

P.O. Box 2548

Fort Worth, TX 76113-2548

Llamada gratuita 800-307-0048 | Fax 800-350-9582 | insclaims@omf.com**Prestatario:** _____ **N.º de reclamación:** _____**Nº de Cuenta/Política:** _____

Formulario de Reclamación de pérdida Total de adición por Protección de Garantía Sección del Prestatario - Para ser completado por el prestatario.			
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