

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

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____
(si se asigna)

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Incapacidad - 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 - 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

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____ (si se asigna)

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Incapacidad - Instrucciones	
1	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> 1. Escriba sus iniciales, la fecha y firme la Autorización.</div> <div><input type="checkbox"/> 2. Complete la Sección del Asegurado, fírmela y póngale la fecha una vez que se haya cumplido el período de espera inicial.</div> <div><input type="checkbox"/> 3. Su médico tratante debe completar la Sección para el Médico Tratante, firmarla, y escribir la fecha y sus iniciales una vez que se haya cumplido el período de espera inicial.</div> </div>
2	<ul style="list-style-type: none"> Dependiendo de los requisitos de su Certificado de Seguro, es posible que se requiera información adicional sobre el reclamo. 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. Se requerirá un formulario de reclamo continuo y documentación médica durante el período de su reclamo. Tenga en cuenta que el correo electrónico no se considera un método de entrega seguro para la información personal/médica.
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; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Correo electrónico: insclaims@omf.com</p> <p>Asegúrese de incluir su nombre y número de cuenta/número de reclamo en la línea de asunto de su correo electrónico.</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p>Correo: OneMain Solutions P.O. Box 2548 Fort Worth, TX 76113-2548</p> </div> </div> </div> <div style="width: 45%;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div> <p>Subirlo en línea: www.OneMainSolutions.com/forms</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p>Fax: 800-350-9582</p> </div> </div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Estamos aquí para ayudar!</p> <p>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; margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p>Llamada sin costo: 800-307-0048</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p>Chat: www.OneMainSolutions.com</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p>Mensajes de texto: 60223</p> </div> </div> </div> </div>

You may obtain a English version of this claim form on the OneMain Solutions website - 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

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____ (si se asigna)

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Incapacidad - Autorización
Para ser completada por el asegurado. (No se acepta firma electrónica)

De conformidad con las reglamentaciones de privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), 45 CFR § 164,508, por el presente autorizo a cualquier empleador, médico, hospital, clínica, otra institución médica o relacionada con la medicina, The Medical Information Bureau Inc., agencia de informes de consumidores, compañías de seguros o reaseguradoras, aseguradora, agencia de cumplimiento de la ley, departamento de bomberos, Administración del Seguro Social, Junta de Retiro del Ferrocarril, Administración de Veteranos o cualquier otra organización o persona que tenga registros, datos o información relacionada con este reclamo para proporcionar dicho registro, datos o información a: American Health and Life Insurance Company para la administración de sus políticas o como el administrador de Merit Life Insurance Co. políticas; o OneMain Assurance Services, LLC para la administración de sus políticas o como el administrador de Securian Life Insurance Company políticas, a los efectos del procesamiento de esta reclamación.

Entiendo y reconozco que esta autorización se extiende a la totalidad o parte de los registros que se solicitan, que pueden incluir el tratamiento de enfermedades físicas y mentales (a excepción de las notas de psicoterapia que deben solicitarse mediante una autorización por separado), el tratamiento por uso indebido de alcohol/drogas, y/o los resultados de las pruebas de VIH/SIDA o el diagnóstico y tratamiento.

Iniciales _____

Esta autorización será válida durante el plazo de vigencia del reclamo. Tengo derecho a revocar esta autorización enviando una notificación por escrito firmada y fechada a la compañía de seguros mencionada anteriormente. Una vez revocada esta autorización, la información de salud protegida sujeta a esta autorización no será utilizada ni revelada, salvo en la medida en que esta autorización ya se haya invocado. Entiendo que, al suscribir esta autorización, la información divulgada puede volver a divulgarse y ya no estará protegida por las normas de privacidad promulgadas conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). Entiendo que tengo derecho a conservar una copia de esta autorización e inspeccionar y recibir cualquier tipo de información divulgada en virtud de sus términos. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

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

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

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____
(si se asigna)

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Incapacidad Sección del Asegurado - Debe ser completada por el asegurado una vez que se haya cumplido el período de espera.				
Dirección de correo completa		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono		Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)		Últimos 4 dígitos del SSN
Nombre del empleador			Número de teléfono del empleado.	
¿Es usted trabajador autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Fecha del último día en que trabajo (mm/dd/aa)		Fecha incapaz de trabajar debido a Incapacidad (mm/dd/aa)		
¿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
Describa la enfermedad o lesión				
¿Ha tenido la misma o similar, enfermedad o lesión anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si sí, ¿cuándo?		
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

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

Asegurado: _____ **N.º de reclamación:** _____ (si se asigna)

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de Reclamación por Incapacidad Sección para el Medico Tratante. - Debe ser completada por el medico tratante. 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 inicial de tratamiento para el diagnóstico (mm/dd/aa)		Fecha en que aparecieron los primeros sínto mas o se produjo el accidente (mm/dd/aa)	
Todas las fechas de tratamientos posteriores (mm/dd/aa)			
Diagnóstico primario		Código(s) de ICD	
Causa contribuyó/complicaciones a la incapacidad			
Procedimientos quirúrgicos y fechas (mm/dd/aa)			
Si existe un embarazo, indique la fecha estimada de parto y posibles complicaciones			
En caso de hospitalización, nombre del hospital y fechas de hospitalización			
¿Ha tenido el paciente alguna vez la misma condición o una condición similar?		Si sí, ¿cuándo?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del médico derivador, si corresponde		Fecha de referencia (mm/dd/aa)	
Dirección de correo postal completa del médico derivador		Cuidad	Estado
Código postal			
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? El médico debe responder y escribir sus iniciales en la respuesta. <input type="checkbox"/> Sí _____ <input type="checkbox"/> No _____			
Dirección de correo del médico		Cuidad	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 - 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.