

Triton Insurance Company o Yosemite Insurance Company

Suscrito o Administrado por: 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 Desempleo Involuntario - 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 o Yosemite Insurance Company

Suscrito o Administrado por: 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 Desempleo Involuntario - Instrucciones

1

- ☐ 1. Completar toda la Sección del Asegurado, firmarla y fecharla.
- ☐ 2. Adjuntar los documentos verificando que usted continúa registrado para trabajar con la Oficina Estatal de Empleos o en una agencia de empleos.
- ☐ 3. Adjuntar documentos verificando que está calificado para recibir los beneficios de desempleo del estado desde la fecha en que se registró para trabajar (si lo exige su Certificado de Seguro) y la verificación de que continuó registrado para trabajar durante su período de reclamación. Las pruebas pueden incluir:
 - Copias de su historia de beneficios de desempleo del estado; o
 - Copias de talones de cheques o estados de cuenta de beneficios de desempleo del estado; o
 - Copias de los estados de cuenta de su tarjeta de débito/cuenta bancaria mostrando los depósitos de los beneficios del estado con fecha

2

- ☐ Dependiendo de las declaraciones de Elegibilidad de su Certificado de Seguro, puede ser necesario presentar otra verificación de empleo.
- ☐ Es importante que presente un formulario de reclamo completo, firmado y fechado, junto con la documentación necesaria, para evitar retrasos para procesar su reclamo. No se aceptan formularios de reclamo con alteraciones.
- ☐ Tenga en cuenta que el correo electrónico no se considera un método de entrega seguro para la información personal/médica.
- ☐ La ley federal exige que se entregue el formulario de impuestos 1099 a los clientes que reciben \$600 o más en beneficios en un año fiscal.

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 o Yosemite Insurance Company

Suscrito o Administrado por: 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 Desempleo Involuntario			
Sección del Asegurado - Deberá llenarlo el asegurado.			
Dirección de correo	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de seguro social		
Último día del empleo (mm/dd/aa)	Fecha de la 1ª notificación de la separación (mm/dd/aa)		
Tipo de empleo ☐ Timexpo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estacional ☐ Temporal ☐ Contrato anual (marque todo lo que corresponda) ☐ Sindicato ☐ Ferrocarril ☐ Contratista independiente (empleado 1099)			
Nombre del empleador más reciente	Número de teléfono del empleador		
Fecha de contratación (mm/dd/aa)	Horas semanales		
Motivos del desempleo ☐ Escasez de trabajo/despido ☐ Terminación laboral por el empleador ☐ La persona quedó discapacitada ☐ Despido estacional no relacionado con el clima ☐ Despido estacional relacionado con el clima ☐ Renuncia/Jubilado ☐ Cierre anual o programado regularmente ☐ Terminó el empleo independiente ☐ Huelga/Disputa Laboral ☐ Fin de su contrato con el empleador ☐ Terminó el contrato con el cliente del empleador ☐ Horario reducido ☐ Otros _____			
En el último año, ¿tuvo antes alguna interrupción del empleo de 30 días o más? ☐ Sí ☐ No De ser "sí", Desde (mm/dd/aa) A (mm/dd/aa) Motivo de la interrupción _____ _____			
Usted	☐ Registrado y calificado para recibir beneficios de Desempleo del Estado ☐ Registrado, pero no calificado para recibir beneficios de Desempleo del Estado Motivo para no estar calificado _____ ☐ No está registrado para recibir beneficios de Desempleo del Estado Motivo para no estar registrado _____		
¿Volvió a trabajar? ☐ Sí ☐ No	De ser "sí", fecha de regreso (mm/dd/aa)		Horas trabajando por semana
AUTORIZACIÓN Autorizo a cualquier empleador u otra persona u organización que tenga registros, expedientes, informes, etc., relacionados conmigo a revelarle la información a: Triton Insurance Company de determinar si califico para recibir los beneficios solicitados. Esta autorización permanecerá vigente durante todo el período de mi reclamación. No obstante, tengo derecho a revocarla enviándole una notificación escrita, firmada y fechada a Triton Insurance Company. La copia de esta autorización tendrá la misma validez que la autorización original. 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

Important Notice from OneMain Financial About Credit Insurance Claims

If you apply for credit disability or credit involuntary unemployment insurance benefits, here's a look at what you can expect as your claim moves through the process and what you'll need to do to get the maximum benefits if your claim is approved.

File the Completed Claim Form(s) and Include All Required Documentation.

See Claim Form Instruction page for requirements.

While You're Waiting

When you file a claim, you're still responsible for making your monthly loan payments. If you've scheduled recurring loan payments, they'll continue unless you stop them.

When a claim is filed, the insurance company will get in touch with you once a claim decision has been made.

Although the insurance company strives to process claims as quickly as they can, sometimes gathering the information it needs can take some time. If you have filed a claim and it is approved, your benefits will be paid directly to us by the insurance company. Those benefit payments will be applied to your account as of the date they are received, unless otherwise required by law, for as long as you receive benefits.

Do You Need a Refund?

If a claim you submitted is approved, and you've already made loan payments for the period that the insurance company has covered causing your account to be paid ahead, you can ask OneMain Financial to refund the amount paid ahead. If you don't, the claim benefits will be applied as advance payments on your loan, which means your loan could be paid off before the end of your term, or before you've received all your potential credit insurance benefits.

If you find yourself in this situation, you can request a refund of the amount paid ahead on your account. To request a refund or if you have any questions, please get in touch with us by contacting your local OneMain Financial branch or by calling the telephone number listed on your statement.

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.