

American Health and Life Insurance Company o Merit Life Insurance Co.

Suscrito o 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:** _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de reclamación para informar sobre un fallecimiento
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."

American Health and Life Insurance Company o Merit Life Insurance Co.

Suscrito o 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:** _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de reclamación para informar sobre un fallecimiento - Instrucciones

1

- 1. La Sección de Autorización debe estar firmada y fechada por el Pariente más Cercano (pariente vivo más cercano).
- 2. Complete las Secciones de Información del Beneficiario, Pariente más Cercano y Fallecido.
 - Sección del Beneficiario: Para el Seguro de Vida Crédito, el primer (1.º) beneficiario es el acreedor. Complete la Sección del Beneficiario con la información del segundo (2.º) beneficiario.
Si hay 2 o más beneficiarios, adjunte otra página con información adicional del beneficiario.
Si el beneficiario es menor de edad, adjunte una copia del certificado de nacimiento del menor, de la tarjeta del Seguro Social y de los documentos de tutela o custodia.
 - Sección del Fallecido: Si el Fallecido fue tratado por más médicos, adjunte otra página con el nombre de los médicos y la información de contacto.
- 3. La persona que completa el formulario de reclamo debe firmarlo y fecharlo.
- 4. Dé una copia del certificado de defunción del asegurado y, si hay alguno, un obituario.

2

- Según los requisitos del Certificado de Seguro/de la Póliza, se puede exigir más información sobre el reclamo.
- Es importante presentar el formulario de reclamo completo, firmado y fechado para evitar demoras en el procesamiento de este 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 el nombre del asegurado 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

American Health and Life Insurance Company o Merit Life Insurance Co.

Suscrito o 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:** _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de reclamación para informar sobre un fallecimiento
Autorización - Debe completarlo el Pariente más Cercano.
(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.

Confirmo que la información que he proporcionado en el presente es completa y correcta.

Nombre en letra de imprenta - familiar más cercano

Relación con la persona asegurada

Firma - familiar más cercano

Fecha

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 o Merit Life Insurance Co.

Suscrito o 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: _____

Nº de Cuenta/Política: _____

Formulario de reclamación para informar sobre un fallecimiento			
Sección de Información del Beneficiario			
Escriba en letra de molde el nombre del beneficiario	Número del seguro social	Relación con la persona asegurada	
Dirección postal del beneficiario	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento del beneficiario (mm/dd/aa)	Número de teléfono		
Sección de Información del Pariente más Cercano			
Escriba en letra de molde el nombre del pariente más cercano	Relación con la persona asegurada		
Dirección postal del pariente más cercano	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento del pariente más cercano (mm/dd/aa)	Número de teléfono		
Sección de Información del Fallecido			
Escriba en letra de molde el nombre del fallecido	Nombre por el cual también se conoce a la persona fallecida		
Fecha de nacimiento del fallecido (mm/dd/aa)	Número del seguro social		
Fecha de la muerte del fallecido (mm/dd/aa)	Fecha del accidente, si corresponde (mm/dd/aa)		
Detalles del accidente, si corresponde			
Nombre del médico de atención primaria del fallecido	Número de teléfono		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre de otro médico tratante			
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del hospital/centro médico usado	Número de teléfono		
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre en letra de molde de la persona que completa el formulario	Relación con la persona asegurada		
Firma de la persona que completa el formulario	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