

1

¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE!

Por favor toma nota de la siguiente información sobre cómo someter una reclamación a Assurant.

- Recuerda es tu responsabilidad continuar haciendo los pagos mensuales mientras evaluamos tu reclamación y hasta tanto no hayamos tomado una determinación.
- Si es necesario usa una hoja en blanco para listar el nombre y número de cuenta de cualquier otra cuenta protegida por Assurant.
- Para evitar retrasos con tu reclamación, revisa el formulario para asegurarte que has incluido toda la documentación. Es importante que firmes el formulario.
- Recomendamos que guardes copia de toda la documentación que nos sometas para revisión.

2

PARA RECLAMACIONES POR CUBIERTA DE VIDA

- Completa y firma el formulario.
- Incluye los siguientes documentos:
 - Copia de identificación con foto.
 - Certificado de Defunción con la causa de muerte.
 - Copia del estado de cuenta de tu tarjeta de crédito con fecha de cierre justo después de la fecha de defunción.
 - Copia del Certificado de Seguro.
 - Número de Querella, si aplica.
- Si quieres autorizar a un tercero para que maneje la reclamación por ti, debes completar la “Divulgación Verbal de Información” incluida en la Sección 4. Esta autorización le permitirá discutir tu reclamación con un representante de Assurant si tú no estás disponible.

3

ENVÍANOS LAS FORMAS COMPLETADAS Y LOS DOCUMENTOS DE APOYO SOLICITADOS



Correo regular:
 350 Ave. Carlos Chardón
 Torre Chardón Suite 1101
 San Juan, PR 00918



Correo electrónico:
reclamaciones@assurant.com



En línea, visitando:
reclamacionespr.assurant.com

Una vez recibida tu reclamación, permítenos 15 días laborables para procesar la misma.
 Todos los beneficios serán pagados directamente a tu acreedor financiero.

¿NECESITAS AYUDA?



Visita nuestro portal reclamacionespr.assurant.com
 24 horas al día, 7 días de la semana o
 llámanos libre de costo al 1-800-981-8888
 Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.



ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR SU RECLAMO. Favor de completar el formulario usando letra de molde.

NOMBRE DEL ACREEDOR		NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO				
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO		FECHA DE NACIMIENTO	_____ MES	_____ DÍA	_____ AÑO	EDAD
DIRECCIÓN FÍSICA						
DIRECCIÓN POSTAL						
NÚMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL						
NOMBRE Y DIRECCIÓN DE TODOS LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO EN LOS ÚLTIMOS DÍAS (USE PAPEL ADICIONAL SI LO NECESITA)						
NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO				
DIRECCIÓN FÍSICA						
FECHA DE TRATAMIENTO		CONDICIÓN QUE TRATABAN				
NOMBRE DEL MÉDICO		TELÉFONO				
DIRECCIÓN FÍSICA						
FECHA DE TRATAMIENTO		CONDICIÓN QUE TRATABAN				

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

NOMBRE COMPLETO DEL RECLAMANTE		NUMERO COMPLETO DE SEGURO SOCIAL	
DIRECCIÓN DEL RECLAMANTE		RELACIÓN CON EL ASEGURADO	
TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO SECUNDARIO	TELÉFONO ALTERNO	
¿NOS AUTORIZAS A ENVIARTE CORREOS ELECTRÓNICOS?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
CORREO ELECTRÓNICO			
<p>NOSOTROS Y OTROS QUE ACTÚAN EN NUESTRO NOMBRE PODEMOS UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS PARA OPERAR NUESTRO PRODUCTO Y NUESTRO SERVICIO. POR EJEMPLO, PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN QUE RECOGEMOS O RECIBIMOS PARA INTENTAR CONTACTARLE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.</p>			

SECCIÓN 2: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL

Es importante para nosotros salvaguardar la privacidad de nuestros clientes y proteger información privada y confidencial. Igualmente entendemos que, en ocasión, un reclamante pudiera querer autorizar a terceros para hablar con Assurant en representación suya. Por favor, completa esta sección de autorización para que otros puedan discutir detalles de tu reclamación. Sin esta autorización no podemos hablar con nadie excepto el reclamante.

Autorizo a Assurant a hablar con _____, quien es mi _____, sobre mi reclamación.

RESPONSABILIDAD POR INFORMACIÓN FRAUDULENTO

TODA PERSONA que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor de diez mil dólares (\$10,000), o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

FIRMA DEL RECLAMANTE

FIRMA

MES_____
DÍA_____
AÑO

De no poder enviarnos el formulario con la firma original, favor de leer y completar la siguiente sección para proveer tu consentimiento:

Declaro que he recibido información adecuada y relevante con respecto al formulario de reclamación de cubierta de vida que me apresto a enviar. Autorizo, afirmo y estoy consciente de que la información provista en esta forma está siendo certificada y que la información así certificada es esencial para el procesamiento de mi reclamación. Además, certifico que he leído y completado el formulario en todas sus partes y comprendo que la información aquí certificada y todas las representaciones provistas por mí son ciertas, completas y correctas y que he tomado todos los pasos razonables y apropiados para asegurarme de la veracidad de la misma.

Para que así conste, firmo esta declaración marcando el recuadro aquí provisto.