



AmTrust North America

An AmTrust Financial Company

24/7 Toll-Free Claim Reporting

For ALL States - CLAIM REPORTING ONLY

Phone: (888)239-3909

Fax: (775) 908-3724 or (877) 669-9140

Email:

WorkersCompClaimReport@AmTrustgroup.com

Online: www.amtrustfinancial.com (Must Register)

Information Required for All Claims reported.

1. Name of the insured and policy number
2. Date, Time & Place of Accident
3. Description of accident or incident
4. Name, phone and/or e-mail of person making the report

Additional Information Required for Specific Claim Types

A. For Workers' Compensation

1. **MUST have the injured employee's social security number as it is required by law**
2. Description of injury

B. For Property Claims

1. Physical address of the loss
2. If more than one building on property must have specific building(s) involved
3. Type of loss, i.e., Fire, Theft, etc.
4. Description of loss or damage

C. For Motor Vehicle (Auto) Claims

1. Name, address and contact information of **ALL** parties involved.
2. Make, model and VIN of the insured vehicle
3. Make, model of all other vehicles involved
4. Current location of all vehicles
5. Name and contact information **for each driver and all passengers**
6. Name and contact information any known witnesses

D. For General Liability Claims

1. Physical address of where the loss occurred
2. Name, address and contact information for all persons claiming injury or damage
3. Name and contact information any known witnesses

FOR GENERAL CLAIM QUESTIONS, PLEASE CALL 888-239-3909



AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

Reporte De Reclamo Gratuito 24/7

Para todos los Estados - Demanda Informes Sólo

Teléfono: (888)239-3909

Fax: (775) 908-3724 o (877) 669-9140

Correo electrónico:

WorkersCompClaimReport@AmTrustgroup.com

En línea: www.amtrustfinancial.com (deben registrarse)

Información necesaria para todos los reclamos registrados.

1. Nombre de la cantidad asegurada y la política
2. Fecha, hora y lugar del accidente
3. Descripción del accidente o incidente
4. Nombre, teléfono y/o correo electrónico de la persona que hace el informe

Información adicional requerida para los tipos de demanda específica

A. Para la compensación

1. **Debe tener número de seguro social del empleado lesionado como es requerido por la ley**
2. Descripción de la lesión

B. Para reclamos de propiedad

1. Dirección física de la pérdida
2. Si más de un edificio en propiedad debe tener edificios específicos involucrados
3. Tipo de pérdida, es decir, incendio, robo, etc.
4. Descripción de la pérdida o daño

C. Para reclamaciones de vehículos de Motor (Auto)

1. Nombre, dirección e información de contacto de **todas** las partes involucradas.
2. Marca, modelo y VIN del vehículo asegurado
3. Marca, modelo de todos los otros vehículos involucrados
4. Ubicación actual de todos los vehículos
5. Nombre y datos de contacto **para cada conductor y todos los pasajeros**
6. Nombre y datos de contacto de cualquier testigo conocido

D. Para las demandas de responsabilidad General

1. Dirección física de donde se produjo la pérdida
2. Nombre, dirección e información de contacto para todas las personas que lesiones o daños
3. Nombre y datos de contacto de cualquier testigo conocido

PARA PREGUNTAS GENERALES DE RECLAMACIÓN, LLAME AL 888-239-3909