



## Frequently Asked Questions

- **Where's my claims kit?** There are 2 ways to access claims kits online:
  - Direct Link: [www.talispoint.com/amtrust/external](http://www.talispoint.com/amtrust/external)
  - From our website: [www.amtrustfinancial.com](http://www.amtrustfinancial.com)
    - Click Claims
    - Click Provider Directory or California MPN
    - Click State Rules/Kits
    - Choose corresponding State
    - Open Claims Kit via .pdf link
  
- **I have an injured worker, how do I find a doctor?** We will provide completed Panel of Physicians for the required 4 states (CO, GA, PA & TN). All other states can access the physician directory online.
  - Direct Link: [www.talispoint.com/amtrust/external](http://www.talispoint.com/amtrust/external)
  - From our website: [www.amtrustfinancial.com](http://www.amtrustfinancial.com)
    - Click Claims
    - Click Provider Directory or California MPN
    - Specific laws for directing medical treatment for each state is listed on the State Rules Tab
    - Search for physicians by Name, Address or Regional Searches.
  
- **Where's my posting notices?** All states claim kits are available online, including applicable postings. There are 10 states we will mail additional notices, we cannot place online, to the main address on the policy. The 10 states are: CO, CT, FL, GA, MD, ME, NC, NY, PA and TN.
  
- **I have a question about my claims kit or physician access, who do I contact?** You may contact Client Services, 678-258-8313, [lisa.johnson@amtrustgroup.com](mailto:lisa.johnson@amtrustgroup.com)
  
- **I have a question about a claim or injured worker, who do I contact?** Please contact our Customer Service to direct you to the appropriate person, 888-239-3909.



## AmTrust North America

An AmTrust Financial Company

### **24/7 Toll-Free Claim Reporting**

**For ALL States - CLAIM REPORTING ONLY**

**Phone: (866) 272-9267**

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

**Email: [Amtrustclaims@qrm-inc.com](mailto:Amtrustclaims@qrm-inc.com)**

**Online: [www.amtrustfinancial.com](http://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: (866) 272-9267**

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

**Correo electrónico: Amtrustclaims@qrm-inc.com**

**En línea: [www.amtrustfinancial.com](http://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**