



Departamento de Seguro de Illinois

Formulario de Queja del Consumidor

Vida y Anualidad

320 W. Washington Street
Springfield, IL 62767
Phone 866-445-5364
TDD 217-524-4872
Fax 217-558-2083
mc.insurance.illinois.gov

Atención: Una queja puede ser presentada solo por el propietario de la póliza (a menos que haya fallecido entonces por el beneficiario o albacea del patrimonio) o un representante autorizado si se proporciona un permiso por escrito.*

Nombre del Demandante - Persona con problema del seguro (Sr. Srta. Sra. Dr. Etc.)		Fecha	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono	Dirección de Correo Electrónico (e-mail)		
Nombre del Propietario de la Póliza y / o Asegurado (si es diferente al anterior)		Tu relación con el asegurado	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono	Dirección de Correo Electrónico (e-mail)		
Dirección de la Agencia / Compañía de Seguros		Número de póliza	
En Caso de Cobertura Grupal, Nombre del Empleador o Grupo	Nombre de Empleado		
Estado de Compra	Fecha de Reclamación o Pérdida		
<p>Su relación con el propietario de la póliza (se debe seleccionar y firmar una opción):</p> <p><input type="checkbox"/> Yo (por favor lea, firme y feche) Autorizo al Departamento de Seguros a investigar esta queja y obtener información financiera y personal de salud, si es necesario, para llevar a cabo la investigación.</p> <p>Su Firma _____ Fecha _____</p> <p><input type="checkbox"/> Representante Autorizado (si el reclamante no es el propietario de la póliza, esta sección debe estar firmada y fechada por el dueño de la póliza a menos que haya fallecido)* Autorizo al Departamento de Seguros a investigar esta queja y obtener información financiera y personal de salud, si es necesario, para llevar a cabo la investigación. Además, autorizo al demandante mencionado anteriormente a presentar esta queja en mi nombre y tener acceso a información financiera y personal de salud.</p> <p>Firma del Titular de la Póliza _____ Fecha _____</p>			
Por favor, describa su queja (adjuntar copias de toda la documentación justificativa y utilice la parte posterior del formulario si es necesario).			

Firma del Demandante: _____ **Fecha** _____

Aviso Importante: Las quejas presentadas ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no serán divulgados a terceros, excepto el dueño de la póliza o el representante autorizado, o la parte contra quien la queja ha sido presentada.



Departamento de Seguro de Illinois
Formulario de Queja del Consumidor
Vida y Anualidad

320 W. Washington Street
Springfield, IL 62767
Phone 866-445-5364
TDD 217-524-4872
Fax 217-558-2083
mc.insurance.illinois.gov

Queja (continuación de la primera página)

Aviso Importante: Las quejas presentadas ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no serán divulgados a terceros, excepto el dueño de la póliza o el representante autorizado, o la parte contra quien la queja ha sido presentada.