



Departament de Servicios para Consumidores y Negocios

División de Seguros — 2

P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405

Teléfono: 503-947-7984, Fax: 503-378-4351

888-877-4894 (número gratuito - mensajes)

350 Winter St. NE, Salem, Oregon

E-mail: dcbs.insmail@state.or.us

Web: www.insurance.oregon.gov

Department use only

File # _____

CO # _____

Queja del Consumidor

Sr.

Sra.

Su nombre: Srta. _____

Apellido

Nombre

Inicial

Dirección: _____

Calle

Ciudad

Codigo postal

Condado

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ E-mail: _____

Otras personas envueltas en este problema (si es que las hay):

1. _____

2. _____

3. _____

Mi queja es contra: _____

Compañía de seguros: _____

Agencia de seguros: _____

Agente de seguros: _____

Uso del departamento solamente

OR ID #: _____ NAIC #: _____

OR ID #: _____ FEIN #: _____

OR ID #: _____ FEIN #: _____

No. de póliza: _____ No. de reclamo: _____ Fecha de la pérdida: _____

Clase de póliza: Vida Salud Auto Propiedad Compensación de trabajadores: Otro: _____

Marcar las causas del problema y explicar en el reverso de esta forma:

Negación de reclamo Arreglo de reclamo Cancelación Servicio deficiente

Información Demora de reclamo Problema con la prima de seguros

No-renovación Promesas falsas Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Para obtener información adicional, una copia de esta queja será enviada a la compañía de seguros o a los agentes implicados en esta queja.

Autorización para revelar información médica

Con el presente documento, yo autorizo a mis proveedores médicos o compañía de seguros para que provean copias de records médicos a la División de Seguros de Oregon. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

(Release of medical information: I hereby authorize any medical provider or insurer to provide copies of medical records to the Oregon Insurance Division. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.)

Firma del paciente/guardián: _____ Fecha: _____



440-3600-S (9/09/COM)

Uso del departamento solamente (Department use only)

Date opened: _____ by: _____ Related files: _____

Date closed: _____ by: _____

Queja de consumidor

1. Mi queja es: _____

2. ¿Qué consideraría ser una resolución justa para su problema? _____

Si necesita más espacio, añada hojas adicionales.