



Department of Consumer and Business Services
Division of Financial Regulation — 2
 P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405
 888-877-4894 (toll-free), Fax: 503-378-4351
 350 Winter St. NE, Salem, Oregon
 Email: dfr.insurancehelp@oregon.gov
 Website: dfr.oregon.gov

File # _____

Providers file online

Queja del Consumidor

**LA INFORMACION REQUERIDA ESTA MARCADA EN NEGRO Y CON UN ASTERISCO *
 INFORMACION DEL RECLAMANTE**

* ¿Es usted el asegurado(a)? SI NO Si no lo es, ¿cuál es su relación con el asegurado? Marque uno:

Esposo(a)/compañero(a) Abogado Otro

*Su nombre: _____

*Domicilio: _____
 Calle Ciudad Código postal Condado

*Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

**INFORMACION DEL ASEGURADO (si es diferente de la arriba indicada)
 OTRAS PERSONAS INVOLUCRADAS EN ESTE PROBLEMA (si las hay):**

1. _____

2. _____

INFORMACION DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS: _____

Mi queja es en contra de: _____

Compañía de seguros: _____

Agente de seguros o agencia:

Póliza : _____ Grupo: _____

Fecha de tratamiento/fecha de pérdida: _____

*Tipo de seguro: Vida Salud Auto Casa Medicare/Medicaid Cuidado a Largo Plazo
 Otro: _____

Monto en disputa (daños): \$ _____

Razón de la queja (marque todo lo que corresponda):

Manejo de reclamos Cancelación Servicio Prima Otro: _____

Nota: Una copia de esta queja será enviada a la compañía de seguros o agente involucrado

Tenga en cuenta que la descripción narrativa de las quejas sobre prácticas injustas de liquidación de reclamos puede ser parte del registro público; cualquier información de identificación personal o información de salud personal nunca será revelada.

QUEJA DEL CONSUMIDOR

***Explique su problema:**

*** ¿Cuál cree usted que es una resolución justa?**

Cómo se enteró de nosotros: Radio TV Anuncio Internet Otro: _____

Si necesita más espacio para escribir, por favor adjunte páginas adicionales

No Escriba en este espacio



440-3600 (8/20/COM)