



Departament de Servicios para Consumidores y Negocios

**División de Regulación Financiera — 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: \_\_\_\_\_

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:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Negación de reclamo | <input type="checkbox"/> Arreglo de reclamo | <input type="checkbox"/> Cancelación                      | <input type="checkbox"/> Servicio deficiente |
| <input type="checkbox"/> Información         | <input type="checkbox"/> Demora de reclamo  | <input type="checkbox"/> Problema con la prima de seguros |  |
| <input type="checkbox"/> No-renovación       | <input type="checkbox"/> Promesas falsas    | <input type="checkbox"/> 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/guardían: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



*Uso del departamento solamente (Department use only)*

Date opened: \_\_\_\_\_ by: \_\_\_\_\_ Related files: \_\_\_\_\_

Date closed: \_\_\_\_\_ by: \_\_\_\_\_

