



**Illinois Departamento de Seguro  
Formulario de Queja del Consumidor  
Auto / Hogar / Propiedad / Comercial**

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

**Atención:** Una queja sólo puede ser presentada por un asegurado, un individuo intentando de concertar una queja contra una compañía de seguros o de su representante autorizado.

<b>Nombre del Demandante</b> - 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)			
<b>Nombre de la empresa o agencia a la que dirijo mi queja</b>			El dueño de póliza (si es diferente a la anterior)		
Dirección de la Agencia / Compañía de Seguros				Número de póliza	
¿Se ha presentado esta queja antes? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "sí", proporcione el número de queja:		Estado donde la póliza fue comprada:	Fecha de la perdida	Número de reclamo	
Nombre de la persona que completa esta forma (si es diferente a la anterior)			Relación con el Demandante Nombrado		
Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono		Dirección de Correo Electrónico (e-mail)			
<b>Cancelación o No renovación por razones distintas a falta de pago de la póliza de seguro</b>					
Fecha de vigencia original de póliza			Fecha que la cobertura terminó / terminará		
Es esta una nueva póliza o póliza de renovación			Tipo de cobertura (auto / hogar, etc.).		
Usted puede tener derecho a una audiencia para apelar la anulación o la no renovación de su póliza. Por favor, adjunte una copia de la notificación que recibió de su compañía de seguros con este formulario de queja.					
¿Desea solicitar una audiencia? Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>					
<b>Nombre del Demandante Autorizo:</b> Autorizo el Departamento de Seguro a investigar mi queja y obtener toda la información personal necesaria para conducir la investigación. Firma del Demandante: _____ Fecha _____					
Por favor, describa su queja (adjuntar copias de toda la documentación justificativa y utilice la parte posterior del formulario si es necesario).					

**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.

