



Illinois Department of Insurance
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
 mc.insurance.illinois.gov

Se ha presentado esta queja antes? Sí No Si es así, proporcione el número _____

Nombre del Demandante (marque con un círculo: Sr. Sra. Sra. Dr., etc.)		Fecha	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número (s) de Teléfono	Dirección de Correo Electrónico		
Persona completando este formulario (si es diferente al anterior)		Relación con el Demandante mí mismo <input type="checkbox"/> otro _____	
Nombre de la Compañía / Agencia de seguros mi queja es contra			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Asegurado / titular de la póliza (si es diferente del demandante)		Número de Póliza	
Estado donde se emitió la póliza	Fecha de la Pérdida	Número de Reclamo	
Esta queja es contra: <input type="checkbox"/> Mi compañía de seguros <input type="checkbox"/> Mi agente de seguros <input type="checkbox"/> Compañía de seguros de otro individuo			
Autorización Asegurada / Demandante: (Se requiere firma) Autorizo al Departamento de Seguros a investigar mi reclamo y obtener toda la información personal necesaria para llevar a cabo la investigación. Por favor, tenga en cuenta que: una queja solo puede ser presentada por un asegurado, una persona que intenta conciliar una queja contra una compañía de seguros, o su representante autorizado. Firma Asegurada / Demandante: _____ Fecha _____			
<i>CANCELACIÓN / NO RENOVACIÓN: Complete la siguiente sección SÓLO si su queja es sobre la cancelación o la no renovación de su póliza (por razones distintas a la falta de pago de la prima)</i>			
Fecha de vigencia original de la póliza:		Fecha en que la cobertura del seguro terminó / finalizará:	
¿Es esta una póliza nueva o de renovación?		Tipo de cobertura (auto / hogar, etc.)	
Puede tener derecho a una audiencia para apelar la cancelación o no renovación de su póliza. Adjunte una copia del aviso que recibió de su compañía de seguros con este formulario de queja. ¿Desea solicitar una audiencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Por favor, describa su queja (adjunte copias de toda la documentación de apoyo y use el reverso del formulario si es necesario)			

Aviso importante: las quejas presentadas ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no se divulgarán a terceros, excepto el propietario de la póliza o el representante autorizado, o la parte contra la cual se presentó la queja.

