# Illinois Department of Insurance
# Formulario de Queja del Consumidor
# Vida y Anualidad

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

**Atención:** Una queja puede ser presentada solo por la persona asegurada (a menos de que haya fallecido, entonces por el beneficiario o el albacea de la herencia) o representante autorizado si provee permiso especifico por escrito.*

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre** (Persona completando la forma) Sr., Sra., Dr., etc. | | Fecha | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Número(s) de teléfono | Correo electrónico | | |
| **Nombre del asegurado (si diferente al antes nombrado)** | | Su relación con la persona asegurada | |
| Dirección | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Número(s) de teléfono | Correo electrónico | | |
| **Nombre y domicilio de la compañía de seguro o agencia** | | Número de Póliza | |
| Si es seguro de grupo, nombre de empleador | Nombre del empleado | | |
| Estado de la compra | Fecha de la reclamación o pérdida | | |

**Su relación con el dueño de la póliza (una opción debe ser seleccionada y firmada):**

☐ **Soy el dueño de la póliza** (Por favor lea, firme y ponga la fecha)
Autorizo al Departamento de Seguros para investigar esta queja y para obtener información financiera y salud personal, si es necesario, para llevar a cabo la investigación.

**Su Firma** _____ Fecha _____

☐ **Representante autorizado** **(Esta sección debe ser firmada y fechada por el dueño de la póliza al menos de que haya fallecido)***
Autorizo al Departamento de Seguros para investigar esta queja y para obtener información financiera y salud personal, si es necesario, para llevar a cabo la investigación. Además, autorizo a la persona antes mencionada para que presente esta queja en mi nombre y que tenga acceso a mi información de salud personal y financiera.

**Firma del dueño de la póliza** _____ Fecha _____

**Por favor indique su queja (adjunte copias de toda la documentación de respaldo, y use el reverso de la página si es necesario)**

**Firma**: _____ Fecha _____

**Aviso Importante:** Las quejas presentadas ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no serán divulgados a terceras partes, excepto al dueño de la póliza o el representante autorizado, o la parte contra la que la queja ha sido presentada.

# Illinois Department of Insurance
# Formulario de Queja del Consumidor
# Vida y Anualidad

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

| Queja (continuada de la página anterior) |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

**Aviso Importante:** Las quejas presentadas ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no serán divulgados a terceras partes, excepto al dueño de la póliza o el representante autorizado, o la parte contra la que la queja ha sido presentada.