



**Departamento de Seguro de Illinois**  
**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 el propietario de la póliza (a menos que haya fallecido entonces por el beneficiario o albacea del patrimonio) o un representante autorizado si se proporciona un permiso por escrito.\*

Nombre del Demandante - 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)		
Nombre del Propietario de la Póliza y / o Asegurado (si es diferente al anterior)		Tu relación con el asegurado	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Número(s) de teléfono	Dirección de Correo Electrónico (e-mail)		
Dirección de la Agencia / Compañía de Seguros		Número de póliza	
En Caso de Cobertura Grupal, Nombre del Empleador o Grupo	Nombre de Empleado		
Estado de Compra	Fecha de Reclamación o Pérdida		

**Su relación con el propietario de la póliza (se debe seleccionar y firmar una opción):**

Yo (por favor lea, firme y feche)

Autorizo al Departamento de Seguros a investigar esta queja y obtener información financiera y personal de salud, si es necesario, para llevar a cabo la investigación.

Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Representante Autorizado (si el reclamante no es el propietario de la póliza, esta sección debe estar firmada y fechada por el dueño de la póliza a menos que haya fallecido)\*

Autorizo al Departamento de Seguros a investigar esta queja y obtener información financiera y personal de salud, si es necesario, para llevar a cabo la investigación. Además, autorizo al demandante mencionado anteriormente a presentar esta queja en mi nombre y tener acceso a información financiera y personal de salud.

Firma del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, describa su queja (adjuntar copias de toda la documentación justificativa y utilice la parte posterior del formulario si es necesario).


Firma del Demandante: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**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.



**Departamento de Seguro de Illinois**  
**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 (continuación de la primera página)

**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.