

# FORMULARIO PARA QUEJAS SOBRE EL SEGURO



State of Wisconsin  
Office of the Commissioner of Insurance  
125 South Webster Street  
P.O. Box 7873  
Madison, WI 53707-7873  
oci.wi.gov

Quejas Números telefónicos (608) 266-0103 En Madison  
1-800-236-8517 En todo el Estado  
Número de fax (608) 264-8115

La Oficina del Comisionado de Seguros ayuda a los consumidores a solucionar problemas con el seguro. Para que podamos investigar su queja, complete este formulario con toda la información posible y envíelo a la dirección arriba indicada. Se enviará una copia de su queja a la compañía o agente y se les pedirá que le respondan directamente a usted y que informen a esta oficina sobre la medida tomada. Recibirá noticias de la compañía o del agente aproximadamente 25 días después de la fecha en que usted envíe la queja. Cuando recibamos la información de la compañía o agente, revisaremos el archivo para determinar qué medida podemos tomar. Le informaremos acerca de nuestra decisión. Si nuestra oficina no logra obtener la solución que desea, puede ponerse en contacto con un abogado particular para que lo asesore. Si su queja implica una disputa por una reclamación, puede comunicarse con el tribunal de reclamos de menor cuantía de su condado.

## ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA CLARA CON LAPICERA NEGRA. COMPLETE AMBOS LADOS DEL FORMULARIO.

1. Su nombre _____ Domicilio postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono donde podamos ubicarlo entre las 8:00 a.m. y las 4:30 p.m. _____	
2. Nombre de la compañía de seguros involucrada  <b>(Escriba el NOMBRE EXACTO de la compañía de seguros. Los nombres incorrectos demorarán el procesamiento de su queja. El nombre de la compañía figura en la póliza de seguro, generalmente en la primera página.)</b>	
3. Presento esta queja en carácter de: <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
4. Tipo de seguro <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Individual de accidente/Salud <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> De vida/Renta vitalicia <input type="checkbox"/> De vivienda <input type="checkbox"/> Grupal de accidente/Salud <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	
5. Nombre del agente de seguros que vendió el seguro <b>(Distinto de 2., arriba)</b>	
6. Nombre y domicilio de la Agencia de seguros, si corresponde <b>(Distinto de 2., arriba)</b>	
7. Nombre del tomador (si es distinto de 1., arriba)	8. N° de póliza o certificado
9. Fecha en la cual se vendió la póliza o el certificado	10. Estado en el cual se vendió la póliza o el certificado
11. N° de reclamación o archivo, si corresponde	12. Fecha en que ocurrió o comenzó la pérdida, si corresponde

(SIGUE AL DORSO)

