



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	
Dirección de correo electrónico			
La primera correspondencia de la Oficina del Comisionado de Seguros se enviarán por correo electrónico.			
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			
(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.)			
3. Presento esta queja en carácter de:			
Asegurado	Agente	Tercero	
Proveedor	Otro (especifique)		
4. Tipo de seguro			
Automóvil	Individual de accidente/Salud	Comercial	De vida/Renta vitalicia
De vivienda	Grupal de accidente/Salud	Otro (especifique) _____	
5. Nombre del agente de seguros que vendió el seguro o nombre del ajustador público (No es lo mismo que numeral 2., arriba)			
6. Nombre y dirección de la agencia de seguros o de la compañía de ajuste público, si es el caso (No es lo mismo que numeral 2., arriba)			
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	

13. Describa su problema en forma detallada. Si fuera necesario, agregue páginas adicionales. Incluya **copias** de documentos importantes, cartas o cualquier otra información que esté relacionada con su problema.

ENVÍE SOLAMENTE COPIAS, NO ENVÍE ORIGINALES NI FOTOS.

14. Indique cómo cree que su problema debería ser resuelto.

15. ¿Nos informó sobre este problema anteriormente? ¿Informó a algún otro organismo gubernamental?

Sí No En caso afirmativo, especifique el organismo y la medida tomada.

Consentimiento para divulgar información

La información que he brindado anteriormente es fiel reflejo de la verdad, a mi leal saber y entender. Esta información puede enviarse a la compañía de seguros o al agente involucrado. Toda la información médica que he brindado podrá compartirse con la compañía de seguros si fuera necesario para investigar este asunto. Entiendo que conforme a las leyes de apertura de historiales de Wisconsin, toda la información contenida en mi archivo, incluyendo la información personal y médica, podrá hacerse pública cuando éste quede cerrado. Conforme a s. 146.82, Wis. Stat., sólo son confidenciales aquellos registros médicos reales obtenidos de un proveedor de atención médica.

Firma

Fecha

13. Describa su problema en forma detallada. Si fuera necesario, agregue páginas adicionales. Incluya **copias** de documentos importantes, cartas o cualquier otra información que esté relacionada con su problema. (Continuación)