



Departament de Servicios para Consumidores y Negocios
División de Aseguradoras — 2
 P.O. Box 14480, Salem, Oregon 97309-0405
 Teléfono: 503-947-7984, Fax: 503-378-4351
 888-877-4894 (línea gratuita - mensajes)
 350 Winter St. NE, Salem, Oregon
 E-mail: dcbs.insmail@state.or.us
 Web: www.insurance.oregon.gov

Department use only

File # _____

CO # _____

Reclamo de Consumidor

Sr.
 Sra.
 Su nombre: Srta.

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección: _____

Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____ Condado _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono de trabajo: _____ E-mail: _____

Otras personas envueltas en este problema (si es que las hay):

1. _____

2. _____

3. _____

Mi denuncia está contra: _____

Compañía de seguros: _____

Agencia de seguros: _____

Agente de seguros: _____

Uso del departamento solamente

OR ID #: _____ NAIC #: _____

OR ID #: _____ FEIN #: _____

OR ID #: _____ FEIN #: _____

No. de póliza: _____ No. de reclamo: _____ Fecha de la pérdida: _____

Clase de póliza: Vida Salud Auto Propiedad Compensación de trabajadores: Otro: _____

Chequear la causas del problema y explicar en el reverse de esta forma:

Negación de reclamo Areglo de reclamo Cancelación Servicio deficiente

Información Retraso de reclamo Problema con la prima de seguros

No-renovación Mala representación Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nota: Para obtener información adicional, una copia de este reclamo será enviada a la aseguradora o a los agentes implicados en el reclamo.

Autorización para revelar información médica

Con el presente documento, yo autorizo a mis proveedores médicos o compañía aseguradora para que provean copias de records médicos a la Division de Aseguradoras de Oregon. Una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

(Release of medical information: I hereby authorize any medical provider or insurer to provide copies of medical records to the Oregon Insurance Division. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original.)

Firma del paciente/guardián: _____ Fecha: _____



Uso del departamento solamente (Department use only)

Date opened: _____ by: _____ Related files: _____

Date closed: _____ by: _____

