

# Cómo Poner una Queja del Consumidor

---

La División de Protección al Consumidor del Departamento de Seguros de Kentucky (*Kentucky Department of Insurance*) se ha creado para asistir a residentes de Kentucky con asuntos relacionados a la industria de proveer seguros.

Nuestra función principal es la de resolver quejas del consumidor. Si no puede resolver la problema relacionado al seguro a su satisfacción después de comunicarse con el agente, la compañía, etc., debe ponerse en contacto con nuestra oficina. *Tiene que entregar su queja por escrito o electrónicamente.* No podemos aceptar quejas orales. El registro de una queja escrita evita la mala comunicación y debe facilitar una respuesta más exacta a su queja.

Si usted, sin embargo, tiene preguntas que no contesta esta hoja informativa o si quiere solamente hablar de su caso antes de poner una queja, por favor comuníquese con nosotros, llamando al **800-595-6053** (Kentucky solamente) o 502-564-6034. La línea de asistencia TTY para sordomudos es 800-648-6056.

Puede enviarnos su queja por correo o fax o usando la forma electrónica de queja en nuestra página de internet <http://insurance.ky.gov/> -- bajo Protección al Consumidor (*Consumer Protection*). Sea avisado de que si nos envía una queja electrónicamente, el Departamento de Seguros no puede garantizar privacidad durante la transmisión. Por favor no incluya información personal o delicada en su sumisión electrónica.

Recibirá un informe por escrito que confirma que se ha recibido su queja. El empleado encargado de su caso puede ponerse en contacto con usted si tiene preguntas adicionales. *Es entonces muy importante incluir su nombre, dirección y teléfono.*

## Consejos para poner una queja efectiva

Su queja por escrito debe incluir:

- Su nombre, dirección y teléfono (*Si la dirección para recibir correo es un apartado postal, por favor incluya su dirección de calle también.*)
- El tipo de seguro (de casa, salud, auto, vida, etc.)
- El nombre de la compañía
- Su número de póliza, reclamación, grupo o identificación (incluya todos los aplicables). (*Si su queja tiene que ver con seguro de salud, por favor fije una copia de ambos lados de su tarjeta de identificación del plan de salud.*)
- Un resumen de su queja, incluso copias de documentos pertinentes. (*Por favor no envíe copias originales.*)

Una vez que se haya recibido su queja por escrito, la compañía recibirá notificación y instrucciones para responder dentro de 15 días. Esta fecha límite sera estrictamente observada y seguida con atención para asegurar que se resuelva puntualmente su queja. *Un caso normal se debe resolver dentro de 30 días.*

## Registro de reclamacion por parte de otra persona (representante tercero)

Si usted está poniendo una queja por parte de otra persona, por favor sea consciente de que debido a regulaciones federales y estatales de privacidad, se le podría necesitar una copia de su Poder

General de Abogado (*power of attorney*) o que entregue una hoja firmada que otorga Autoridad de Poner Quejas por Parte de Terceros (*designation of authority for third party complaints*) Este le permite servir como el/la representante de otra persona con el propósito de registrar e investigar la queja. Puede obtener esta forma con una llamada a la División de Protección al Consumidor al número 502-564-6034 o 800-595-6053 (Kentucky solamente). Se puede obtener esta forma también electrónicamente en la página del departamento -- <http://insurance.ky.gov>. Haga clic en "Publicaciones" ("*Publications*") y busque debajo del título de "Departamento de Seguros" ("*Department of Insurance*") y Documentos de Español ("*Spanish Documents*").

### Información Adicional

Tenga en mente que el Departamento de Seguros no tiene autoridad sobre los casos relacionados con asuntos fuera de su jurisdicción. Bajo esas circunstancias, se le puede referir a otra agencia. Por ejemplo, algunos planes de seguros caen bajo regulaciones federales y en este caso le daremos la información necesaria para reportar aquellos asuntos al departamento federal de trabajo (*U.S. Department of Labor*.)

Esté seguro a revisar cuidadosamente su póliza. Se pueden evitar problemas y quejas sabiendo los específicos de su cobertura. El Departamento de Seguros de Kentucky tomará la acción apropiada después de investigar su caso.

Kentucky Public Protection Cabinet

### Department of Insurance

P.O. Box 517, Frankfort, KY 40602-0517

Gratis 800-595-6053 (Kentucky solamente); Sordomudos: 800-648-6056

<http://insurance.ky.gov>

El Departamento de Seguros (*The Kentucky Department of Insurance*) no discrimina a base de raza, color, religión, sexo, origen nacional, orientación sexual o identidad de género, descendencia, edad, incapacidad o estatus de veterano. El Departamento provee, al pedirlos, los recursos razonables, incluso asistencia auxiliaría y servicios necesarios para proporcionarle a un individuo con una incapacidad la oportunidad igual para participar en los servicios, programas y las actividades.

Para pedir documentos de otro formato, póngase en contacto con el Departamento de Seguros, Communications Office, P.O. Box 517, Frankfort KY 40601. 800-595-6053 (Kentucky solamente) o 502-564-3630; TTY 800-648-6056. Sordomudos pueden ponerse en contacto con una agencia usando Kentucky Relay Service, un servicio gratis de telecomunicaciones. Para voz a TTY llame 800-648-6057. Para TTY a voz, llame 800-648-6056.

**Kentucky Department of Insurance**  
**Division of Consumer Protection**  
**(División Protección al Consumidor)**  
P.O. Box 517, Frankfort, KY 40602-0517  
Gratis: 800-595-6053 TTY para sordomudos: 800-648-6056  
Protección al Consumidor: 502-564-6034, Fax: 502-564-6090  
Hoja para registrar una queja online bajo Protección al Consumidor  
a <http://insurance.ky.gov>

## Forma de Quejas del Consumidor

**NOTA: Para poder asistirle, necesitamos un resumen detallado del problema desde su punto de vista, además de la información que se solicita abajo. Se puede añadir más hojas si es necesario. Favor de escribir a máquina o usar letra de molde. Fije por favor copias de documentos pertinentes a su queja. No envíe las copias originales.**

1. Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

2. Ciudad, Estado, CP \_\_\_\_\_

3. Telefono (del día) \_\_\_\_\_ Telefono (cellular) \_\_\_\_\_

4. Se trata de cuál tipo de seguro (*marque uno con círculo*):

Auto                  Propietario de Casa                  Vida                  Salud                  Discapacidad  
Compensación Laboral                  Comercial                  Otro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

5. Mi queja tiene que ver con (*marque con círculo el/los aplicable(s)*):

Compañía de Seguro                  Ajustador                  Agente                  Otro \_\_\_\_\_

6. Si usted está registrando una queja por parte de otra persona, ¿cuál es su relación con el asegurado/la persona que tiene la póliza? \_\_\_\_\_

Refiérase por favor a la hoja informativa para saber más en cuanto a los documentos que se le pueden pedir para dejarle servir como representante autorizado.

7. La compañía de seguro relevante es asociada con (*marque uno con círculo*):

Su Póliza                  La Póliza de otra persona

8. Información en **mi** póliza: (*complete todo que se aplica*)

compañía de seguro: \_\_\_\_\_

número de póliza: \_\_\_\_\_

número de grupo: \_\_\_\_\_

número de identificación: \_\_\_\_\_

nombre de agente: \_\_\_\_\_

dirección de agente: \_\_\_\_\_

9. Información en la póliza **de la otra persona** (complete todo que se aplica):

Nombre de asegurado: \_\_\_\_\_

compañía de seguro: \_\_\_\_\_

número de póliza: \_\_\_\_\_

número de grupo: \_\_\_\_\_

número de identificación: \_\_\_\_\_

nombre de ajustador: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene representación legal? (Marque por favor uno.)    Sí    No

Fecha de Hoy: (MM/DD/AA )    \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Utilice el espacio abajo para proveer una descripción detallada del problema desde su punto de vista. Se puede fijar más hojas si es necesario.

**Designación de autoridad personal para representante tercero de reclamaciones**

"Por este medio yo denoto a \_\_\_\_\_ como mi representante autorizado a efectos de la presentación y la investigación de mi queja. Autorizo a la División de Protección al Consumidor del Departamento de Seguros para investigar la queja recibida en mi nombre y responder directamente a mi Representante. Comprendo y reconozco que al denotar a la persona nombrada por encima como mi representante autorizado, el individuo puede obtener, en mi nombre, todos los documentos y la información la cual puede ser condicida como resultado de la investigación, algunas de las cuales podrían considerarse confidencial. Información entregada a mi representante puede incluir, pero no se limita a lo siguiente: números de seguro social, información de contacto personal, información financiera, información de salud personal privada, registros médicos y cualquier documentación que se incluye como parte de la investigación de la protección del consumidor. Además, comprendo y reconozco que esta autorización de representante tercero no constituye un poder notarial y no permite la negociación con nadie más que el reclamante real. Al firmar esta autorización descarga el departamento de seguros de cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de divulgar información que podría ser considerada confidencial."

\_\_\_\_\_  
Asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha