



Departamento de Seguros de Kentucky
División Protección al Consumidor
500 Mero Street, 2 SE 11, Frankfort, KY 40601
Teléfono: 502-564-6034 ♦ Gratis: 800-595-6053
Fax: 502-564-6090
Correo Electrónico: DOI.ConsumerComplaints@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. Adjunte por favor copias de documentos pertinentes a su queja. No envíe las copias originales. Después de completar esta forma, envíala por correo, fax o correo electrónico. (*Información requerida)

***Sección 1: Su Nombre (Titular de Una Póliza/Asegurado)**

Nombre de Pila: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP: _____

Teléfono () _____ Correo Electrónico: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

(si presenta la queja en su propio nombre)

¿Está usted representado por un abogado? Sí No

¿Está su caso actualmente en litigio? Sí No

Persona que Completa la Forma en Nombre del Titular de la Póliza/Asegurado

Nombre de Pila: _____ Segundo: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado, CP: _____

Teléfono () _____ Correo Electrónico: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Sección 2: Información de la Compañía de Seguros

(Presentar Copia de Tarjeta de Seguro Médico para Reclamo de Salud)

*Tipo de Seguro Involucrado: Auto Propietarios de Casas Vida Salud
 Otro (Por favor Especifica): _____

*Nombre de la Compañía de Seguros: _____

*Número de Póliza: _____ *Número de Reclamo: _____

Nombre del Agente/Ajustador (Si es Aplicable): _____

Dirección del Agente/Ajustador: _____

Continuar a la Página Siguiente →

