

# Formulario de Queja del Consumidor



KANSAS  
INSURANCE  
DEPARTMENT

Imprima y complete esta forma si planea escanear, enviar por fax o correo electrónico su queja a nuestra oficina. Si desea enviar su queja en línea directamente a nuestra oficina, visite [www.ksinsurance.org](http://www.ksinsurance.org).

\* Campo requerido

\* Nombre: \_\_\_\_\_  
\* Dirección: \_\_\_\_\_  
\* Ciudad: \_\_\_\_\_  
\* Estado: \_\_\_\_\_ \* Código Postal: \_\_\_\_\_ \* Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
\* Condado: \_\_\_\_\_ \* Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\* Si necesitamos contactarlo(a), ¿cual es su:

Modo preferido de contacto (seleccione uno):

Número de Teléfono  Correo Electrónico  Correo

Tiempo preferido:  A.M.

P.M.

Horas de Departamento:

Lunes a Viernes de

8 a.m. a 5 p.m

\* **¿Contra quién se queja? Proporcione el nombre de uno o más de lo siguientes:**

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Agente/Agencia de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Ajustador o Tasador de Seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Número de la Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Reclamo: \_\_\_\_\_

Fecha y Lugar de la Pérdida: \_\_\_\_\_ Cantidad en Disputa: \_\_\_\_\_

\* **Tipo de Seguro (seleccione uno):**

<input type="checkbox"/> Anualidad	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Título
<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Salud Grupal	<input type="checkbox"/> Cuidado a Largo Plazo	<input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores
<input type="checkbox"/> Comercial	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Suplemento Medicare	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Salud Individual	<input type="checkbox"/> Inquilinos	

\* **Motivo de queja (seleccione uno):**

<input type="checkbox"/> Manejo de Agentes	<input type="checkbox"/> Retrasos/Ninguna Respuesta	<input type="checkbox"/> Prima y Clasificación	<input type="checkbox"/> Oferta de Asentamiento Insatisfactoria
<input type="checkbox"/> Cancelación	<input type="checkbox"/> Información Requerida	<input type="checkbox"/> Aviso de Prima/Facturación	
<input type="checkbox"/> Retraso de Reclamo	<input type="checkbox"/> Descripción Engañosa	<input type="checkbox"/> Reembolso de la Prima	
<input type="checkbox"/> Negación de Reclamo	<input type="checkbox"/> No Renovación		

PROPORCIONE DETALLES DE LA QUEJA EN EL REVERSO

