

# 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 [insurance.kansas.gov](http://insurance.kansas.gov).

\* Campo requerido

\*

Nombre:

Nombre del Negocio:

\*

Dirección:

\*

Ciudad:

\* Código Postal:

\*

Número de Teléfono:

\*

Estado:

\*

Correo Electrónico:

\*

Condado:

\*

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):

Anualidad

Discapacidad

Vida

Título

Auto

Salud Grupal

Cuidado a Largo Plazo

Compensación de  
Trabajadores

Comercial

Casa

Suplemento Medicare

Otro:

Dental

Salud Individual

Inquilinos

\*

Motivo de queja (seleccione uno):

Manejo de Agentes

Retrasos/Ninguna  
Respuesta

Prima y Clasificación

Oferta de  
Asentamiento  
Insatisfactoria

Cancelación

Información Requerida

Aviso de Prima/  
Facturación

Otra:

Retraso de Reclamo

Descripción Engañosa

Reembolso de la  
Prima

Negación de Reclamo

No Renovación

PROPORCIONE DETALLES DE LA QUEJA EN EL REVERSO

**NOTAS:**

¿Cual es tu resultado deseado?:

Cuando haya completado este formulario, envíelo a

**Kansas Insurance Department:**  
**Attn: Consumer Assistance Division**  
**Fax: 785-296-5806**  
**1300 SW Arrowhead Rd.**  
**Topeka, KS 66604**  
**Email: [kdoi.complaints@ks.gov](mailto:kdoi.complaints@ks.gov)**

Adjunte cualquier documentación de respaldo relacionada con la revisión de su queja.  
***Guarde copias originales.***

**Autorización**

*La Comisionada de Seguros está autorizado a enviar una copia de esta queja y cualquier documento de seguimiento a cualquier compañía de seguros o agente / agencia para investigar mis preocupaciones. Autorizo la divulgación de toda la información relevante, incluidos los registros médicos, a la oficina de la Comisionada de Seguros para su revisión de este asunto. Entiendo que la oficina de la Comisionada de Seguros no puede actuar como mi abogado, no puede presentar una acción privada en mi nombre y no puede proporcionar asesoramiento legal, además entiendo y acepto que el contenido de este documento puede remitirse a otras agencias estatales o federales apropiadas, así como a ser accesible para otros bajo la Ley de Registros Abiertos de Kansas. Finalmente, declaro y verifico bajo pena de perjurio y las leyes de Kansas que toda la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.*

\* Firma: