



Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios

División de Aseguradoras – 2

P.O. Box 14480, Salem, OR 97309-0405
Teléfono (503) 947-7984, Fax (503) 378-4351
(888) 877-4894 (línea gratuita – mensajes)
350 Winter St. NE, Room 440, Salem, Oregon
E-mail address: dcbs.insmail@state.or.us
Internet address: insurance.oregon.gov

Department use only

File #: _____

CO#: _____

Reclamo de Consumidor

Su nombre: Sr. Sra. 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. _____

Compañía de seguros: _____
Agencia de seguros: _____
Agente de seguros: _____

Department use only

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 causa(s) del problema y explicar en el reverso de esta forma:

- Negación de reclamo Arreglo 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: _____

Department use only

Date opened: _____ by: _____ Related files: _____

Date closed: _____ by: _____



