

JIM PILLEN
GOVERNOR

ERIC DUNNING
DIRECTOR

CONSUMER COMPLAINT

- Mr.
- Mrs.
- Ms.

Complaint Made By: _____
PLEASE PRINT (Last Name) (First Name) (Middle)

Home Address: _____
(Address) (City) (State) (Zip Code)

Phone Number: (____) _____ Alternate Phone Number: (____) _____

Email Address: _____

Insured Information (if different from above): _____

Other Parties involved in this problem: _____

Complaint is directed against:

Insurer: _____ Agent or Agency: _____

Policy or Claim #: _____ Date of Loss: _____
(Circle one) (If claim)

Policy Type: Life Group Health Individual Health Auto Property Other _____

PLEASE CIRCLE INSURED'S AGE GROUP: <25 25-49 50-64 65+

Details of Complaint: Please note, a copy of your complaint will be sent to the company and/or the agent.

(An additional page may be used, if necessary)

I understand my complaint will be shared with the insurance company and agent involved. I acknowledge and authorize the release of medical, personally identifiable, and/or protected information to the extent necessary to complete the investigation including the sharing of this information with other governmental agencies. I further acknowledge that the State Tort Claims Act provides that neither the Department of Insurance staff nor the State of Nebraska may be held liable for consequences that flow from their efforts because such efforts are discretionary acts.

Date: _____ Signature _____

PO Box 95087 ♦ Lincoln, NE 68509-5087
Phone: 402-471-2201 ♦ Fax: 402-471-4610 ♦ TDD 1-800-833-7352
Consumer Toll-Free Hotline: 1-877-564-7323 ♦ www.doi.nebraska.gov
Email: doi.insurancecomplaints@nebraska.gov

An Equal Opportunity Employer

JIM PILLEN
Gobernador

ERIC DUNNING
Director

DIVISION DE ASUNTOS DEL CONSUMIDOR
CUESTIONARIO DE QUEJAS

Queja presentada por: Sr. Sra. Srta.
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial)

Direccion domiciliaria:
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefono domicilio: () # Telefono trabajo: ()

POR FAVOR ENCIERRE EN UN CIRCULO SU GRUPO DE EDAD: <25 25-49 50-64 65+

Esta queja es presentada contra:
(Generalmente sera una Compania de Seguros o un Agente)

Tipo de Poliza : Vida Salud Auto Propiedad Otra

Nombre del Asegurado: Agente o Ajustador:
(Encierre uno)

de Poliza o de Reclamo: Fecha de Perdida:
(Encierre uno) (Si es reclamo)

Resumen de su queja: Por favor detalle y especificamente discuta cada problema.

Blank lines for providing details of the complaint.

(Si es necesario puede usar una pagina adicional.)

Entiendo que mi queja será compartida con la compañía de seguros y agente involucrado. Reconozco y autorizo la divulgación de información médica, identificación personal, y / o datos protegidos a la medida necesaria para completar la investigación, incluido el intercambio de información con otras agencias gubernamentales. También reconozco que la Ley de Demandas por Agravio estatal estipula que ni el personal del Departamento de Seguros ni el estado de Nebraska pueden ser considerados responsables de las consecuencias que se derivan de sus esfuerzos, porque tales esfuerzos son actos discrecionales.

Fecha: Firma:

PO Box 95087 ♦ Lincoln, NE 68509-5087
Phone 402-471-2201 ♦ Fax 402-471-4610 ♦ TDD 1-800- 833-7352
Consumer Toll-Free Hotline 1-877-564-7323 ♦
www.doi.nebraska.gov
Email: doi.insurancecomplaints@nebraska.gov