

PETE RICKETTS
Gobernador

BRUCE R. RAMGE
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.

Horizontal lines for writing the summary 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:

941 O Street, Suite 400 ♦ PO Box 82089 ♦ Lincoln, NE 68501-2089
Phone 402-471-2201 ♦ Fax 402-471-6559 ♦ TDD 1-800- 833-7352
Consumer Toll-Free Hotline 1-877-564-7323 ♦ http://www.doi.nebraska.gov