



DIVISIÓN DE ASUNTOS DEL CONSUMIDOR

Departamento De Seguros del Estado de Arizona

2910 North 44th Street, Suite 210

Phoenix, AZ 85018-7269

Tel: 602-364-2977 | Fax: 602-364-2505 | Toll Free: 1-800-325-2548

Web Site: <https://insurance.az.gov> | E-mail: ayuda@azinsurance.gov

FORMA PARA PEDIR ASISTENCIA

Al completar esta solicitud para asistencia y enviarla al Departamento de Seguros de Arizona, confirmo que la información facilitada es exacta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que los hechos relativos con esta queja se convierten en un expediente público, conforme a la ley de Arizona.

SECCIÓN A: Información de Usted

Fecha:	Número telefónico:	Correo electrónico:		
Apellido:	Nombre:	Medio Nombre:	II/III/Jr./Sr.	
Domicilio:		Ciudad:	Estado	Código Postal:

SECCIÓN B: Información de Asegurado

(complete esta sección si asegurado es algún otro y no usted)

Apellido:	Nombre:	Medio Nombre:	II/III/Jr./Sr.	
Número telefónico:	Correo electrónico:			
Domicilio:		Ciudad:	Estado	Código Postal:

SECCIÓN C: Información de Seguro

Nombre de la compañía de seguro:	Número de póliza:	
Tipo de seguro (Vida, salud, auto, propietario, incendio, etc.)	Fecha efectiva de póliza:	Estado donde compró póliza:

SECCIÓN D: Consentimiento para compartir información

Yo autorizo al Departamento de Seguros que puede compartir la información relativa a esta solicitud para asistencia con la compañía indicada arriba. Entiendo que la persona(s) indicadas abajo pueden solicitar y pueden tener acceso a la información relacionada con mi queja presentada en este documento.

Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:
Nombre:	Relación:

SECCIÓN E: Tipo de Problema

Para que tipo de problema pide usted asistencia?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Denegación de reclamo | <input type="checkbox"/> Demoras de reclamo | <input type="checkbox"/> Cancelación de póliza |
| <input type="checkbox"/> Costo de premios | <input type="checkbox"/> Negación de aseguranza | <input type="checkbox"/> Manejo de representante |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explicarse): | | |

FORMA PARA PEDIR ASISTENCIA (continuado)

Fecha:	Nombre (Apellido, Nombre, Medio Nombre):
--------	--

SECTION F: Declaración de los Hechos

Por favor complete y incluya esta "Declaración de los Hechos" e incluya una declaración breve que explique

- Que ha hecho o no ha hecho la compañía de seguro/representante, y
- Que quiere usted que haga el Departamento de Seguros para ayudarle.

Por favor de explicar que ha hecho o no ha hecho la compañía de seguro/representante.

Por favor de explicar que quiere usted que haga el Departamento de Seguros para ayudarle.

Incapacitados pueden solicitar acomodaciones razonables semejantes a intérpretes, formatos alternativos o asistencia con accesibilidad comunicándose con la Coordinadora de ADA al 602-364-3100. Peticiones deben ser lo mas pronto posible para permitir el tiempo necesario para obtener los materials en formatos alternativos.