



Consulte el Reverso Para Obtener Instrucciones

Arkansas Departamento de Seguros
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL CONSUMIDOR

TRACKING #: \_\_\_\_\_

INV: \_\_\_\_\_

FORM AID-CS-Complaint 04/20

1 Nombre:
Habla a:
Ciudad: Estado:
Código Postal: Teléfono:
Carreo Electronico:

Consumer Services Division
1 Commerce Way, Suite 102
Little Rock, AR 72202-2087

Teléfono: 501.371.2640 or 800.852.5494

Fax: 501.371.2749

Email: insurance.consumers@arkansas.gov

Sitio Web: insurance.arkansas.gov

2 Empresa:
Asegurado:
Política #:
Fecha Efectiva:
Reclamación #:
Fecha de Ocurrencia:
Nombre del Agente:

3 Tipos de seguro

Vida

Salud

Propietarios de viviendas

Automotor

Otro:

Referido por:

4 Explica a continuación el problema que estás experimentando. Además, adjunte copias de cualquier información que tenga sobre esta consulta.

Multiple horizontal lines for text entry.

Divulgación de información: Mi firma en este formulario constituye mi autorización para que el Departamento de Seguros de Arkansas obtenga cualquier información o documentación de cualquier entidad legal que considere necesaria para esta resolución de mi queja / consulta. Una fotocopia de este formulario se considerará una autorización válida.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**La siguiente información debe incluirse con su reclamación:**

- ✓ **Nombre, dirección y número de teléfono de las personas que presentan la reclamación**
- ✓ **Nombre de la compañía de seguros**
- ✓ **Nombre de la persona asegurada**
- ✓ **Número de póliza y número de reclamo (si aplicable)**
- ✓ **Nombre del agente o ajustador**
- ✓ **Fecha de ocurrencia**
- ✓ **Una breve descripción de por qué se presenta la reclamación**
- ✓ **Adjunte copias de los documentos que ayudarán con la investigación**

**Una vez que recibamos su correspondencia, será asignada a un investigador que la revisará y tomará las medidas necesarias para resolver este asunto.**

**Nuestro trabajo es servir a los ciudadanos de Arkansas y ayudarlos con sus preguntas o problemas de seguro. Agradecemos su interés.**

## **AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DE SALUD AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE ARKANSAS**

Yo, \_\_\_\_\_  
(nombre del consumidor)

autorizo, \_\_\_\_\_  
(nombre del asegurador u otra parte)

para dar la siguiente información de salud a los empleados del Departamento de Seguros de Arkansas a solicitud:

---

---

---

---

---

(Descripción específica y significativa de la información que se proporcionará.)

**Esta autorización es válida por 24 meses a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada. Si deseo revocar la autorización, puedo hacerlo enviando una solicitud por escrito al Departamento de Seguros de Arkansas.**

**Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización por escrito, a menos que**

\_\_\_\_\_  
(nombre de la entidad)  
**ya ha tomado medidas bajo la autorización.**

**Cierta información recibida por el Departamento de Seguros de Arkansas puede ser  
sujeto a divulgación por el Departamento y no estará protegido por la ley federal.  
El Departamento de Seguros de Arkansas no divulgará su información de salud, excepto según lo permita la ley.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Firma del consumidor (o representante personal del consumidor, junto con la descripción de la autoridad del representante)