



**Departamento de Seguros de Illinois**  
**Formulario de reclamos del consumidor**  
**Auto / Hogar / Propiedad / Comercial**

320 W. Washington Street  
 Springfield, IL 62767  
**Teléfono** 866-445-5364  
**TDD** 217-524-4872  
**Fax** 217-558-2083  
 doi.complaints@illinois.gov

¿Se ha presentado este reclamo con anterioridad? Sí  No  En caso afirmativo, suministre el número \_\_\_\_\_

Nombre del denunciante (marque con un círculo: Sr. Sra. Srta. Dr., etc.)		Fecha del siniestro	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip
Número(s) de teléfono	Correo electrónico		
<b>Asegurado/Titular de la póliza (si es diferente al denunciante)</b>	Póliza estatal emitida en	Número de póliza	Número del reclamo
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip
Número(s) de teléfono	Correo electrónico		
<b>Persona que llena este formulario</b>	Relación con el asegurado Yo <input type="checkbox"/> Perito público <input type="checkbox"/> Otro _____		
<b>Nombre de la aseguradora/Agencia contra la que se dirige mi reclamo</b>			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip
<b>Este reclamo es contra:</b> Mi aseguradora <input type="checkbox"/> Mi agente de seguros <input type="checkbox"/> Ajustador público <input type="checkbox"/> Aseguradora de la contraparte (tercero) <input type="checkbox"/>			
<b>Asegurado/Autorización del denunciante: (requiere firma)</b> Autorizo al Departamento de Seguros a investigar mi reclamo y a conseguir toda la información personal necesaria para realizar la investigación. <b>Tenga en cuenta:</b> el asegurado o un tercero deberá autorizar y firmar todos los reclamos. Los reclamos que presente cualquier otra persona deben llevar la firma del asegurado.  Firma del asegurado o del denunciante: _____ Fecha _____			
<b>CANCELACIÓN / NO RENOVACIÓN: llene esta sección SOLO si su reclamo se refiere a la cancelación o no renovación de su póliza (por motivos distintos al impago de la prima)</b>			
Fecha de entrada en vigor original de la póliza:		Fecha de finalización de la cobertura:	
¿Es una póliza nueva o de renovación?		Tipo de cobertura (auto/hogar, etc.)	
<b>Adjunte a este formulario de reclamo copia de la notificación que recibió de su aseguradora.</b> Además del proceso de reclamos, podrá optar a una audiencia legal ante el Departamento si se reciben sus documentos 20 días antes de la fecha de finalización de la póliza. Para garantizar la puntualidad, el Departamento le recomienda presentar el reclamo por correo electrónico o en nuestra página web.  ¿Desea solicitar una audiencia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Describa su reclamo (adjunte copias de toda la documentación justificativa y use el reverso del formulario, de ser necesario)			

**Aviso importante:** los reclamos presentados ante el Departamento de Seguros son registros confidenciales y no se divulgarán a terceros, excepto al titular de la póliza o al representante autorizado, o a la parte contra la que se ha presentado el reclamo.

