

Formulario de Quejas del Consumidor

***Nombre:**

Segundo Nombre:

***Apellido:**

***Dirección:**

***Ciudad:**

***Estado:**

***Código Postal:**

County:

***Número de Teléfono:**

Dirección de Email:

***¿Contra quiénes se queja? Proporcione el nombre de uno o más de los siguientes:**

Nombre de la Compañía de seguros:

Nombre del agente/agencia de seguros:

Nombre del justador o tasador:

Número de Póliza:

Número de Reclamo:

Fecha de la Pérdida

Cantidad Disputada:

***Tipo de Seguro (elige uno):**

Anualidad

Salud Grupal

Suplemento Medicare

Auto

Casa

Otro

Comercial

Salud Individual

Título

Dental

Vida

Compensación de

Discapacidad

Cuidado a Largo Plazo

Trabajadores

***Motivo de queja (elige uno):**

Manejo de agentes

Información Requerida

Prima darse Cuenta/Facturación

Cancelación

Tergiversación

Prima Reembolso Insatisfactorio

Demora del Reclamo

No Renovación

Asentamiento/Oferita

Denegación de Reclamo

Otro

Retrasar/Ninguna Respuesta

Prima & Clasificación

***Denota un campo requerido**

***Detalles de la queja:**

Adjuntar cualquier documentos de respaldo o información de apoyo e enviarlos por fax o envíe este formulario por correo.



Enviarlo a:

**Kansas Insurance Department
Attn: Consumer Assistance Division
420 SW 9th Street
Topeka, KS 66612-1678**

*Este formulario de queja. Puede ser enviado por
FAX or por correo electrónico*

Fax: (785) 296-5806

Email: KID.webcomplaints@ks.gov