Departamento de Seguros del Estado de Arkansas

Division de Servicios al Consumidor
1200 West Third Street
Little Rock, AR 72201-1904

Telefono: 501-371-2640 or 800-852-5494
Fax: 501-371-2749
Direcion Electrónica: insurance.consumers@arkansas.gov
Web site: www.insurance.arkansas.gov

1 **Nombre** _____

Domicilio _____

Ciudad _____ **Estado** _____

Codigo Postal _____ **Telefono (Dia)** _____

2 _____

Nombre de la Compania De Seguros

_____

Nombre del Asegurado (Si Es Diferente Al Suyo)

Numero de Poliza _____

Fecha de Poliza _____

Numero de Reclamo _____

Fecha Que Occurio O Empezo _____

Nombre del Agente _____

3 **Tipo De Seguros**

- ☐ Automovil
- ☐ Propiedades
- ☐ Vida
- ☐ Salud
- ☐ Otro

Quien lo refirio?

_____

4 Favor de explicar e incluir copias de cualquier documento que sera necessario para ayundarnos a resolver su queja.

_____

Derecho a dar Informacion: Mi firma en este formulario autoriza al Departamento de Seguros del Estado de Arkansas en obtener informaciones o documentos de cualquier entidad legal que considere necesario para resolver la queja. Una foto copia de esta formulario lo consideremos valido.

_____ _____

FIRMA DEL ASEGURADO O DE QUIEN PONE LE QUEJA **FECHA**