



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

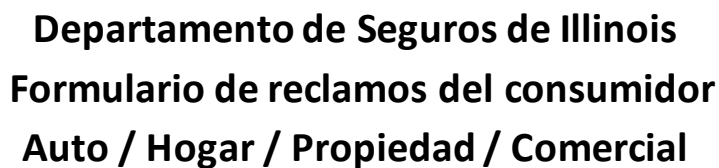
320 W. Washington Street
Springfield, IL 62767
Teléfono 866-445-5364
TDD 217-524-4872
Fax 217-558-2083
doi.complaints@illinois.gov

¿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		
Asegurado/Titular de la póliza (si es diferente al denunciante)	Póliza estatal emitida en	Número de póliza	Número del reclamo
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip
Número(s) de teléfono	Correo electrónico		
Persona que llena este formulario	Relación con el asegurado Yo ☐ Perito público ☐ Otro _____		
Nombre de la aseguradora/Agencia contra la que se dirige mi reclamo			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Zip
Este reclamo es contra: Mi aseguradora ☐ Mi agente de seguros ☐ Ajustador público ☐ Aseguradora de la contraparte (tercero) ☐			
Asegurado/Autorización del denunciante: (requiere firma) Autorizo al Departamento de Seguros a investigar mi reclamo y a conseguir toda la información personal necesaria para realizar la investigación. Tenga en cuenta: 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 _____			
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)			
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.)	
Adjunte a este formulario de reclamo copia de la notificación que recibió de su aseguradora. 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 ☐ No ☐			
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.

Junio de 2026



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

¿Cuál considera que es la solución justa para su problema?

****Para enviar una queja, guarde una copia del formulario y envíela por correo electrónico a DOI.Complaints@Illinois.gov.****

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.

Junio de 2026