STATE OF CALIFORNIA Ricardo Lara, *Comisionado De Seguros*

DEPARTMENT OF INSURANCE
CONSUMER SERVICES AND MARKET CONDUCT BRANCH
CONSUMER SERVICES DIVISION
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013
www.insurance.ca.gov
CSD-001-RFA SP
Rev. 01/07/2019

SOLICITUD DE ASISTENCIA

Nombre _____ Teléfono Durante el Día: ( ) _____

Dirección _____ Teléfono Alternativo: ( ) _____

Ciudad/Zona Postal _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

==========

Nombre del asegurado si es diferente a su nombre: _____

Tipo de seguro: Auto ☐ Casa ☐ Vida/Anualidad ☐ El cuidado a Largo Plazo ☐ Otro ☐ _____

El nombre completo de la compañía de seguro involucrada: _____

Numero de la póliza: _____ Numero de reclamo: _____

Fecha en que la perdida ocurrió o principio (si es aplicable) _____

Corredor/Agente (si es aplicable) _____Número de licencia de Corredor/Agente _____

El numero de teléfono del Corredor/Agente: _____

Dirección de correo electrónico del Corredor/Agente: _____

*Corredor/Agente Dirección*_____ *Ciudad/Estado*_____/____ *Zona Postal*_____

¿Se ha comunicado con la compañía, agente o corredor? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es si, por favor de proveer la fecha(s) y el nombre de la persona(s) comunicada _____

_____

¿Ha reportado esto a alguna otra oficina del gobierno? Si ☐ No ☐

El nombre de la Agencia: _____

Fecha de notificación: _____ *Número de archivo*_____

¿Ha escrito anteriormente al Departamento de Seguros referente a este caso? Si ☐ No ☐

Número de archivo (si está disponible) _____ *Fecha*_____

¿Hay representación de un abogado sobre esté asunto? Si ☐ No ☐

¿Se ha presentado una demanda? Si ☐ No ☐

RFA

¿Hay algún juicio en acción prevaleciente en esté caso? Si ☐ No ☐ *Si es si, nosotros podríamos deferir la investigación regulatoria hasta que finalice el pleito. Pedimos que complete este formulario para poder tener constancia de su asunto. Una vez concluido el asunto, aceptaremos cualquier información relacionada a violaciones de la ley por parte del asegurador que usted o su abogado estén dispuesto a proveer.*

Brevemente describa cual es su problema (use papel adicional si es necesario):

¿Qué considera usted como una solución satisfactoria a su problema?

Para que podamos comenzar nuestra investigación efectivamente, proporcione toda la documentación acreditativa que pueda tener en relación con este asunto, junto con su *Solicitud de Asistencia*.

☐ Documentación de apoyo (por ejemplo, copias de la correspondencia entre usted y la compañía de seguros / corredor-agente; página declaración de su póliza de seguro, cheques cancelados, cartas de denegación de la reclamación, etc.)

☐ Si usted desea dar autoridad a alguien que le ayude a presentar la *Solicitud de Asistencia*, por favor complete el formulario de *Autorización y Designación del Agente*.

POR FAVOR LEA:

Entiendo que se le proporcionará una copia de este formulario y toda la documentación presentada al titular de la licencia que participan en esta Solicitud de Asistencia.

➡ _____ _____

(Firma) (Fecha)

State of California
Department of Insurance
Autorización y la Designación de un Agente

- Si usted desea dar a alguien la autoridad para asistirlo en la presentación de su queja por favor complete las partes A y B siguientes.
- Si usted es un padre o tutor legal que está presentando esta queja a un niño menor de 18 años, no es necesario completar este formulario.
- Si usted está presentando una queja de un consumidor que no puede completar este formulario y que tiene la autoridad legal para actuar en nombre de este consumidor, por favor complete la Parte B solamente. También enviará una copia del poder notarial para decisiones de atención de salud o cualquier otro documento legal que dice que usted puede tomar decisiones para el consumidor.

PARTE A: Reclamante

Yo permito que la persona nombrada abajo en la parte B que me ayude en la realización de una queja presentada ante el Departamento de Seguros de California. Autorizo al Departamento de Seguros de California para compartir mi información personal con la persona nombrada a continuación en la Parte B. Esto puede incluir información acerca de mi condición médica (s) y la atención si es aplicable, y puede incluir el tratamiento de salud mental, tratamiento contra el HIV o pruebas, tratamiento de alcohol y drogas, u otra información salud.

Entiendo que sólo la información relacionada con mi queja será compartida.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo el derecho de terminar con ella. Si yo quiero que termine, debo hacerlo por escrito.

Nombre de Reclamante (Imprimir) _____

Reclamante Firma _____ Fecha _____

PARTE B: Persona Que Asista Al Reclamante

Si procede, nombre de la Organización (letra de imprenta)

_____

Nombre de la Persona que Asiste (letra de imprenta)

_____

Firma de la Persona que Asiste _____

Dirección_____

Relación con Reclamante

_____

Número de teléfono durante el día _____ Teléfono de noche _____

☐ Se adjunta Mi Poder Notarial para decisiones de atención médica u otro documento legal.

Devuelve el formulario completo al California Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 S. Spring Street, Los Angeles, Ca 90013. Si usted tiene alguna pregunta, el Departamento puede ser alcanzado en (800) 927-4357.

DEPARTMENT OF INSURANCE

Aviso de Privacidad en la Colección de Información

Los Formularios de Solicitud de Asistencia

*** Este aviso se proporciona de conformidad con la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, Sección 1798.17) ***

Colección y Uso de la Información Personal

El Código de Seguros de California Secciones 12921 y 12921.1, y estatutos y reglamentos relacionados, dan el Departamento de Seguros de California (CDI) y la División de Servicios al Consumidor la autoridad para regular e investigar quejas de los consumidores. El Departamento de Seguro de California utiliza su información para dirigir las quejas presentadas a la atención del Departamento. Se recoge información sujeta a las limitaciones contenidas en la ley de Prácticas de Información de 1977, SAM de 5300, et seq., SIMM 5305, et seq. y otros aplicables leyes estatales y federal.

Proporcionar Información Personal es Voluntario

Usted no tiene que proporcionar la información personal solicitada. Sin embargo, si usted no desea proporcionar la información necesaria, es posible que no se pueda investigar su queja. Al proporcionar información o documentos, no incluya información personales que no están solicitado, como números de Seguro Social, números de licencia de conducir, información innecesaria relacionada con la salud y tarjeta de crédito o información financiera.

La Información Proporcionada al Departamento de Seguros de California es Confidencial

Toda la información que nos proporcione durante la investigación de su queja será tratada como una comunicación bajo la Sección 12919 del Código de Seguros de California. No revelaremos ninguna información a ninguna persona fuera del Departamento de Seguros de California, a menos que la ley lo permita o lo requiera.

Posibilidad de Divulgación de Información Personal

Podemos compartir su información personal con el titular del seguro y en el caso de una Revisión Médica Independiente con la Organización de Revisión Médica Independiente. También podemos compartir su información con otras agencias gubernamentales o reguladoras según lo requiera la ley o en conformidad con el memorándum de entendimiento.

Acceso a Su Información

Usted tiene el derecho a acceder a los registros que contienen su información personal que están mantenido por el Departamento de Seguros de California. Para solicitar el acceso, póngase en contacto con: CDI Privacy Officer, Legal Division, Government Law Bureau, 300 Capitol Mall, Suite 1700, Sacramento, CA 95814, (916) 492-3500.

Departamento de Póliza de Privacidad

El Departamento de Seguros de California ha desarrollado pólizas con respecto a la privacidad de su información. Se puede ver visitando nuestro sitio web en www.insurance.ca.gov/privacy-policy.