

CONSUMER SERVICES AND MARKET CONDUCT BRANCH

CONSUMER SERVICES DIVISION

300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER

LOS ANGELES, CA 90013

www.insurance.ca.gov

CCB-011 P

Revised: 10/25/05



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Su nombre

Teléfono: Trabajo: () _____
Teléfono: Residencia: () _____

Dirección

Ciudad Zona Postal

Antes de que se pueda presentar una queja con el Departamento de Seguros, es necesario primero contactar la compañía de seguro o el agente para resolver su problema(s). Si no recibe un respuesta satisfactorio, entonces complete esta forma, con copias de todos los papeles importantes que relatan a su problema.

Usted debe saber que una copia de ésta Solicitud de Asistencia y documentos adicionales que Usted nos ha enviado puede ser enviada a la compañía de seguros o el agente a menos que indique que no desea que una copia sea enviada por medio de marcar en la caja:

No envíen copias de mi solicitud y de mis documentos adicionales. Sin embargo, por favor contacten a la compañía de seguros para que Ustedes investiguen mi queja en nombre mío.

1. El nombre completo de la compañía aseguradora:

2. Tipo de seguro: Auto Casa Vida Salud Otro _____

3. (a) Nombre del asegurado si es diferente a su nombre:

(b) Si es póliza de grupo, nombre del grupo:

4. Número de la póliza o certificado:

5. Número de reclamo (si es aplicable) _____

6. Fecha en que la pérdida ocurrió o principio (si es aplicable) _____

7. Agente (si es aplicable) _____

Dirección _____ Ciudad/Estado _____ Zona Postal _____

8. ¿Ha comunicado con la compañía o el agente? Sí No

Si la respuesta es sí, favor de proveer el nombre de la persona(s) comunicada

(Suministrar copias de toda correspondencia)

