



Departamento de Comercio e Industria

# División de Seguros de Nevada

## FORMULARIO DE QUEJAS DEL CONSUMIDOR

**Enviar por correo a:** 1818 E. College Pkwy #103  
Carson City, NV 89706  
Teléfono: 775-687-0700  
Fax: 775-687-0797

**Enviar por correo a:** 3300 W. Sahara Ave., Suite 275  
Las Vegas, NV 89102  
Teléfono: 702-486-4009  
Fax: 702-486-4007

**Coloque sus iniciales en esta casilla si desea que la División de Seguros trate los registros de quejas del consumidor como confidenciales.**

¿Está representado por un abogado? Sí  No

En caso afirmativo, tenga en cuenta que la División podría no poder intervenir en su nombre.

Presente su queja en línea en: [DOI.NV.GOV](http://DOI.NV.GOV)

### Información de contacto

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información del titular de la póliza (*si la queja es contra el seguro de otra persona*)

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

### Información del seguro

Compañía de seguros contra la que se presenta la queja:

\_\_\_\_\_

**Tipo de póliza:**  Grupa  Individual  Descono

N.º de Póliza: \_\_\_\_\_ N.º de reclamación: \_\_\_\_\_

Si la reclamación es por un automóvil, n.º de placa: \_\_\_\_\_

Fecha del siniestro/accidente/incidente: \_\_\_\_\_

**Tipo de seguro:**  Auto  Hogar/Condominio/In  Salud  Vida  Dental  
 Cuidados a largo plazo  Médico complementario  Garantía extendida/Contrato de servicio  
 Otro: \_\_\_\_\_

Agente/Nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

