

Fecha: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE INVESTIGACIÓN

### I. Información del Solicitante:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono:

Residencial: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### II. Tipo de Seguro

*(favor de seleccionar uno)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vida                             | <input type="checkbox"/> Auto Comercial        |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad                      | <input type="checkbox"/> Auto Personal         |
| <input type="checkbox"/> Salud Individual                 | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil |
| <input type="checkbox"/> Salud Grupal                     | <input type="checkbox"/> Accidente             |
| <input type="checkbox"/> Planes de Cuidado de Salud (HMO) | <input type="checkbox"/> Garantía (Fianza)     |
| <input type="checkbox"/> Propiedad Comercial              | <input type="checkbox"/> Contrato de Servicios |
| <input type="checkbox"/> Propiedad Personal               | <input type="checkbox"/> Título                |
| <input type="checkbox"/> Medicare y Planes Suplementarios |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____            |  |

### III. Tipo de Problema:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cancelación/No Renovación    | <input type="checkbox"/> Problema con la Póliza       |
| <input type="checkbox"/> Venta o información engañosa | <input type="checkbox"/> Problemas con su Reclamación |
| <input type="checkbox"/> Problema con la prima        |   |
| <input type="checkbox"/> Otro (explique) _____        |   |

### IV. Información del Seguro

Nombre del Asegurado bajo la póliza \_\_\_\_\_

Número de la póliza \_\_\_\_\_

### V. Información de la Reclamación:

Reclamación ante el Asegurador:

- Sí. Núm. de Reclamación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
- No

**VI. Objeto de la investigación:**

*(Identifique el nombre del Asegurador, Productor, Representante Autorizado, Solicitador, Agente General, Ajustador, Apoderado u otra persona o entidad)*

Solicito que se investigue a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Nota: (1) Identifique a la persona o entidad objeto de su solicitud por su nombre completo; (2) Si se trata de un individuo, favor de identificarlo por su nombre con 2 apellidos, o proveer algún documento que lo identifique apropiadamente; (3) Si su investigación está relacionada con actuaciones de personas no reguladas por esta Oficina (distribuidores de autos, bancos, cooperativas de ahorro y crédito, etc.) favor de indicar la dirección postal de las mismas.*

**VII. Descripción de la controversia:**

*(Sea breve y conciso, limitándose al tipo de problema indicado en la Sección III de esta Solicitud)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIII. Remedio que solicita:**

---



---



---



---



---

**IX. Autorización de contacto:**

Autorizo a \_\_\_\_\_, (relación o parentesco) \_\_\_\_\_ de teléfono \_\_\_\_\_, a recibir información sobre mi Solicitud.

**X. Marque la alternativa apropiada**

Estoy dispuesto(a) a  No estoy dispuesto(a) a que la controversia aquí planteada sea atendida con arreglo al procedimiento alternativo de mediación de conflictos dispuesto en la Regla LXXIX del Reglamento del Código de Seguros de Puerto Rico.

Estoy dispuesto(a) a  No estoy dispuesto(a) a declarar bajo juramento lo aquí alegado por mí, así como a comparecer antes esta Oficina cuando se me requiera.

*Certifico mediante mi firma que la información arriba indicada es correcta, y que la descripción de la controversia plantea adecuadamente mi posición en torno a la situación que deseo que se investigue.*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

**Recordatorio:**

Como requisito para comenzar la investigación que usted nos solicita, es necesario que usted nos provea copia de los siguientes documentos, según aplique:

- \_\_\_ La póliza en controversia, o en su defecto, copia de la hoja de declaraciones o el cuadro de seguros de la misma
- \_\_\_ Comunicaciones que demuestren que usted sometió la reclamación en cuestión
- \_\_\_ Solicitud de cancelación de la póliza, y de la devolución de primas correspondiente
- \_\_\_ Cualquier documento que tienda a sustentar su posición en torno a este asunto

En caso de que usted no tenga los documentos antes mencionados, deberá indicar la razón por la cual no nos puede someter los mismos, así como describir en forma detallada la controversia planteada y su relación con la misma.

PARA USO INTERNO

Revisado por: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_