



FORMULARIO DE RECLAMOS DEL CONSUMIDOR

El Departamento de Servicios Financieros, DFS, revisa los reclamos para obtener información sobre el cumplimiento de la ley y para detectar patrones de infracciones o fraude. No podemos resolver ni tramitar cada reclamo individual. Se le notificará si su reclamo no se puede revisar de manera individual.

ACERCA DE LA PERSONA QUE LLENA ESTE RECLAMO:	
Nombre del demandante (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Nombre de la empresa (si corresponde)
Dirección (número, calle, apartamento), Ciudad, Estado, Código Postal	
Número de teléfono (incluido el código de área)	Dirección de correo electrónico
Representante: Si usted está llenando este formulario para otra persona, debe proporcionar información sobre su relación con el demandante, su nombre, nombre de la empresa, dirección e información de contacto relevante:	
ACERCA DE LA EMPRESA O PERSONA POR LA QUE PRESENTA ESTE RECLAMO:	
Nombre de la empresa o persona	
Dirección (Número, Calle, Piso, Apartamento)	Ciudad, Estado, Código Postal
SOBRE SU ASUNTO	
¿Qué producto o servicio es el que mejor describe su reclamo? (Seguro, Banco, Hipoteca, Préstamo estudiantil, etc.)	
Número de cuenta/Número de póliza/Número de reclamo	Fecha de pérdida/Transacción
Si perdió dinero, ¿cuánto perdió?	¿Qué método utilizó para pagar?
\$	

¿Cuándo presentó su reclamo a la compañía?	¿Con quién se comunicó/contactó en la compañía?
Fecha:	
Fecha:	
¿Cuál fue la respuesta que le dio la compañía?	

MARQUE SÍ o NO (UTILIZE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO SI NECESITA MÁS ESPACIO)	
¿Estaba anunciado el producto o servicio?	Sí/No (si la respuesta es sí, dónde y cuándo)
¿Firmó un contrato?	Sí/No (si la respuesta es sí, dónde y cuándo)
¿Se ha presentado este asunto a otra agencia o con un abogado?	Sí/No
¿Está pendiente una acción judicial para este asunto?	Sí/No (si la respuesta es sí, describa la acción pendiente)

RESOLUCIÓN:
¿Qué considera que sería una resolución justa para su reclamo?

- Utilice el otro lado de este formulario para que nos proporcione más detalles sobre su reclamo.
- Adjunte documentos a su reclamo que considere que nos pueden ayudar a comprender mejor su asunto.
- No envíe documentos originales al DFS. No se le pueden devolver.
- Después de presentar su reclamo, recibirá una respuesta que incluye un número de expediente. Incluya ese número de expediente en toda la correspondencia posterior que tenga con nosotros. No hacerlo puede provocar demoras.

Nota: El Departamento de Servicios Financieros no puede actuar como su abogado, dar asesoría legal ni recomendar o clasificar empresas.

Entiendo que una copia de este reclamo y cualquier o toda la información incluida en este reclamo se le puede enviar al demandado. Al firmar abajo, autorizo al demandado proporcionar al DFS cualquier información relacionada con este asunto.

Si usted es un representante que llena este formulario para otra persona, al firmar este formulario, usted indica que ha sido autorizado por el demandante para interceder en su nombre, lo que incluye la divulgación de cualquier información relacionada con este asunto.

Firma _____ Fecha _____

Envíe por correo o fax su formulario de reclamo completado y las copias de los documentos relacionados a:
 Department of Financial Services, Consumer Assistance Unit
 Sur del Estado: One State Street, New York, NY 10004 | Norte del Estado: One Commerce Plaza, Albany, NY 12257
 www.dfs.ny.gov | Teléfono: (800) 342-3736 | Fax: (212) 480-6282